

CAHIER

GENRE ET SANTÉ



**Femmes soignantes et soignées,
la fin des inégalités ?**

Le sixième jour, Dieu créa Adam. Puis il corrigea son erreur. Avec un certain retard sur cette interprétation de l'exemple divin, le monde occidental, construit sur le mode patriarcal, reconnaît depuis peu la place des femmes comme égale à celle des hommes. Encore est-ce du bout des lèvres, en multipliant les faux semblants et les traquenards. Mais le processus a pris aujourd'hui une telle allure que, malgré les combats d'arrière-garde de la domination masculine qui ne désarme pas, rien ne semble pouvoir inverser la vapeur.

Le monde de la santé offre à cet égard un terrain d'observation révélateur. On assiste depuis quelques décennies à une féminisation rapide et massive des professions de santé jadis réservées aux hommes, et à une apparition des hommes dans les domaines dits féminins, tels celui des soins infirmiers. De même, la santé des femmes commence enfin à être considérée dans ses spécificités, y compris en dehors des questions gynéco-obstétricales. Mais les nouvelles configurations dessinées par ces changements posent question : vivons-nous une simple intégration de l'élément féminin ou une réelle transformation des cadres et des pratiques ? Le principe de hiérarchisation sociale s'efface-t-il vraiment ou survit-il sous un masque progressiste ? Comment se pose aujourd'hui la question féminine dans le champ de la santé ? Impossible de faire l'impasse sur ces questions lorsque l'on prône une approche de la santé qui intègre la complexité du biologique, du psychologique et du social !

C'est à ces problématiques que notre cahier veut apporter des éléments de réflexion dans le cadre de notre société (à l'exclusion des autres cultures, vaste sujet qui mérite un développement spécifique).

La question féministe

Nous commencerons par situer la question du genre à l'aide de trois contributions qui nous aideront à mieux en percevoir les origines et les enjeux.

Le féminisme pour quoi faire ?

Genèse et formes d'un mouvement

page 26

Françoise Collin, philosophe, écrivain, fondatrice et rédactrice à Bruxelles puis à Paris des Cahiers du Grif

Les débats des années 70 et les transformations ultérieures n'ont pas vidé la dynamique féministe de sa substance : nombre de questions attendent encore des réponses.

Regards féministes sur notre vie affective et sexuelle

page 39

Marie-Thérèse Coenen, présidente de l'Université des femmes

Le corps de la femme a toujours été une question politique...

Histoire de désir

page 52

Entretien avec Arlette Farge, historienne et directrice de recherche au Centre de recherche historiques de l'École des hautes études en sciences sociales de Paris
De l'expulsion des femmes du monde des soins par un pouvoir médical masculin jusqu'au retour du refoulé...



GENRE ET SANTÉ

La santé des femmes

La santé des femmes, différente ?

page 58

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

La santé des femmes commence à sortir de sa prison de préjugés : y a-t-il ou pas des différences entre la santé de l'homme et de la femme et qu'en faire ?

La différence hommes-femmes et la relation médecin-patient

page 64

Lawrence Cuvelier, médecin généraliste à la maison médicale Enseignement

Réflexions d'un soignant de terrain.

L'alcoolisme est-il soluble dans le féminisme ?

page 66

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

Les lectures successives de l'alcoolisme féminin constituent un exemple frappant de la manière dont la santé des femmes a été lue au travers de l'écran social.

Des femmes qui soignent

Genres et pratiques de première ligne

page 69

Dominique Pestiau, médecin généraliste, Centre académique de médecine générale, université catholique de Louvain

L'évolution des pratiques médicales vers une approche bio-psycho-sociale de la santé coïncide avec la féminisation de la profession médicale. Quelles perspectives cette rencontre ouvre-t-elle ?

Paysages de médecine avec femmes

page 72

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

La féminisation des professions médicales illustre la recomposition des rapports sociaux entre les sexes. Comment se vit cette mutation ?

Les prestataires de soins : des femmes et des hommes

page 78

Anne Gillet-Verhaegen, médecin généraliste, vice-présidente du Groupement belge des omnipraticiens

Il faut prendre en compte la spécificité du travail des femmes, mais en l'inscrivant dans la vaste problématique de la pénibilité et du manque de valorisation du travail des généralistes.

Soins profanes, division du travail entre hommes et femmes

page 82

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

Les soins de santé « profanes », gratuits et méconnus, sont toujours l'apanage des femmes...

Et demain

Une politique de santé pour les femmes ?

page 85

Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

De déclarations en chartes, une politique de santé pour les femmes prend corps peu à peu.

Dans notre prochain numéro, nous aborderons sur un plan large la question des violences liées au sexe.

Le féminisme pour quoi faire ?

Genèse et formes d'un mouvement

Françoise Collin,
philosophe,
écrivain,
fondatrice et
rédactrice à
Bruxelles puis à
Paris des Cahiers
du Grif (Groupes
de recherche et
d'information
féministes).

Article paru dans
La revue
nouvelle, n° 11,
2004.

.....

Les questions qui étaient celles des féministes des années septante, même si elles se sont transformées, n'ont pas perdu de leur pertinence malgré des acquis évidents. Les débats récents et les décisions prises sur la parité, le port du foulard, le statut des prostituées... mettent en jeu diverses conceptions de la différence des sexes et de leur devenir. Le féminisme pose, en effet, une question politique fondamentale : quel monde commun voulons-nous ?

.....

Cette question était aussi celle des femmes de la génération précédente, si bien qu'elle fit en 1973 - il y a plus de trente ans - la couverture du premier numéro des *Cahiers du Grif*. À cette époque aussi, qui paraît pourtant rétrospectivement « obscurantiste » à nos jeunes contemporaines « libérées » - de nombreuses femmes ne voyaient pas ce que visaient ces protestations, en quoi consistaient ces discriminations annoncées, et s'affirmaient satisfaites de leur sort. Des slogans comme « mon corps est à moi », « le privé est politique », « à travail égal salaire égal », provoquaient même - les deux premiers surtout - quelque surprise, et ont commencé par choquer la plupart de celles qui devaient par la suite en être parfois les plus convaincues. Les femmes n'étaient-elles pas en effet égales aux hommes depuis que le droit de vote leur avait été « accordé » après la guerre et que le « suffrage universel », dont l'universalité n'avait longtemps concerné que les seuls hommes sans qu'on s'en étonne, les incluait désormais ? L'arbre cachait la forêt à la plupart.

Les partis voués au destin historique de l'humanité considéraient quant à eux comme superflues, voire concurrentes, ces révolutionnaires d'un nouveau genre. Selon Marx, l'abolition des classes entraînerait automatiquement l'abolition des sexes. Et pour ceux qui pensaient *sub specie aeternitatis* Dieu avait décrété la vocation des femmes au silence pour l'éternité.

On peut penser que les résistances persistantes et parfois violentes opposées à l'émergence du féminisme tenaient surtout à sa redéfinition du champ politique, dans son extension au privé. Si les conflits sociaux et économiques avaient depuis longtemps été authentifiés sinon résolus, la sphère privée semblait relever de la seule initiative individuelle - qu'il s'agit de l'amour, de la sexualité, du mariage, de la génération - que la loi semblait venir seulement ratifier.

La protestation féministe introduisait ainsi dans le « conte » - des mille et une nuits - le « règlement de comptes », en mettant en lumière une structure de domination qui traversait et transgressait la frontière du privé et du public. Opération périlleuse en effet, car elle ne ménageait pas d'espace de repli pour le « repos du

« Nous ne sommes plus comme nos aînées des combattantes ; en gros nous avons gagné la partie ». Ce n'est pas une jeune femme des années 2000 qui écrit ces mots, mais Simone de Beauvoir, en 1946 - alors même qu'elle consacre pourtant quatre-cents pages à analyser toutes les formes de discrimination dont est l'objet ce qu'elle nomme significativement « le deuxième sexe ». On comprend ainsi qu'à chaque époque des femmes - quelque peu privilégiées il est vrai - se comparant à leurs aînées, estiment que, à quelques détails près, l'égalité des sexes est réalisée, et en viennent à se demander : mais aujourd'hui « le féminisme, pour quoi faire ? ».

Mots clefs : femmes,
féminisme.



guerrier » ou de la guerrière, l'obligeant à le redessiner « sur le tas » en nouveaux termes.

Il n'est pas surprenant que la première cristallisation de la réflexion et des revendications se soit portée sur le droit des femmes à la libre maternité, par le recours à la contraception et la dépénalisation de l'avortement. En effet, c'est dans le phénomène de la génération que s'inscrivait de la manière la plus contraignante la dissymétrie des positions sexuées. Ces mesures permettaient d'en amender les effets négatifs, sans en effacer la réalité. « Un enfant si je veux, quand je veux » ou « mon corps est à moi », proclamaient les banderoles brandies en commun dans les rues lors des manifestations.

On peut s'interroger aujourd'hui sur le fait de savoir si les « nouvelles techniques de procréation médicalement assistées » et leur volet eugénique viennent étayer cette maîtrise, ou, au contraire, remettre les femmes entre les mains du pouvoir scientifique. On soulignera en tout cas que dès les années septante, alors que les autorités spirituelles ou même laïques condamnaient l'avortement et proclamaient la sacralité des embryons, elles laissaient manipuler ceux-ci en toute impunité par les scientifiques à l'abri de leurs laboratoires. Ainsi en 1976, le professeur Férin de l'université catholique de Louvain, dans un entretien avec Brigitte Gallez publié dans le numéro 3 des *Cahiers du Grif*, et intitulé « La fécondité dans l'avenir », évoquait-il toutes les manipulations génétiques présentes et à venir, en ajoutant : « On peut conclure avec sûreté que l'œuf humain est un potentiel humain mais ne représente pas un individu à venir¹ ».

Quelques points d'histoire

En Belgique, la vitalité de la revendication des femmes, au sein même des organisations syndicales supposées les représenter, s'était manifestée de manière en quelque sorte prémonitoire en 1966, à travers les grèves obstinées des ouvrières de l'industrie métallurgique de Herstal, réclamant l'application de l'article 119

du traité de Rome par lequel les Communautés européennes garantissaient désormais l'égalité de salaire pour les hommes et les femmes aux mêmes postes de travail². Les ouvrières durent batailler ferme, non seulement contre leur employeur mais aussi contre les résistances d'une partie de leurs camarades masculins et des syndicats qu'ils contrôlaient. Ces luttes devaient donner naissance au groupe « Travail égal, salaire égal³ ». Comme son nom l'indique, cette articulation de la lutte des femmes restait encore confinée dans le registre des rapports de production, qui allait bientôt s'étendre aux rapports dits de « reproduction » ou de génération et à la structure tout entière des rapports entre les sexes.

En 1971 des femmes issues de la Ligue révolutionnaire des travailleurs (LRT) fondaient le premier journal féministe belge *Et ta sœur ?* tandis que le Groupe d'action pour la libération des femmes (GALF) était créé à Louvain. En Flandre se formaient les groupes des Dolle Mina. Le petit livre rouge des femmes, publié en 1972 à l'initiative de Marie Denis, rassemble les apports des deux communautés nationales de même que la première « journée des femmes » organisée en 1973 qui attira plus de dix-mille personnes. Le féminisme comme réflexion et action concernant la structure entière des rapports entre hommes et femmes était né.



(1) Les Cahiers du Grif n° 3 « Ceci n'est pas mon corps », p. 66-67 ; et, plus proches de nous, Maternité, affaire privée, affaire publique, sous la dir. d'Yvonne Knibielher, éd. Bayard, 2001 ; Genre et bioéthique, dir. M.G. Pinsart, éd. Vrin, 2003.

(2) On peut lire, entre autres, à ce sujet Agnès Hubert, L'Europe et les femmes, éd. Apogée, coll. Politique européenne, 1998.

(3) Animé par Marthe van de Meulebroeke, Marijke van Hemeldonck, et Marie-Thérèse Cuvelliez.

Les féministes de l'époque eurent pourtant toutes les peines du monde à convaincre du bien-fondé de leur cause. L'opposition consistait souvent à caricaturer leur initiative plutôt qu'à répondre à leurs arguments. Leur travail consista précisément à identifier, à analyser et à énoncer les points nodaux de la discrimination sexuée, et à s'obstiner dans cette voie. Or à chaque étape de ce travail d'identification et d'analyse, dans le miroir qui leur était tendu, des femmes de plus en plus nombreuses se reconnaissaient, ayant jusque-là considéré comme évidentes - « naturelles » en quelque sorte - des situations dont elles se formulaient alors explicitement le caractère problématique.

C'est ainsi que l'insensé se révéla chargé d'un sens, de plus en plus partagé, et que furent identifiées les discriminations touchant à la libre disposition du corps et de la sexualité [« Ceci (n')est (pas) mon corps »], celles de l'accès aux professions, et de leurs rémunérations comparatives, la surcharge que le travail ménager et l'éducation des enfants imposaient unilatéralement aux mères (« Faire le ménage, c'est travailler »), mais aussi l'accès à la parole publique, qu'elle soit politique, médiatique ou artistique (« Parlez-vous française ? », « Créer⁴ »). Chaque fois qu'un point litigieux était ainsi nommé et analysé, il ralliait largement l'assentiment, chacune s'y reconnaissant comme en un miroir.

Cette obstination de la minorité, mais une minorité de plus en plus large, dans une pensée et une action pour le moins intempestives, était soutenue par l'assurance d'avancer vers une plus grande vérité. Elle ne s'appuyait pas sur le ressentiment, mais sur la joyeuse affirmation d'un échange collectif croissant chaque jour, à travers des « groupes de prise de conscience » où chacune s'affermissait dans le dialogue. La lutte politique authentifiait dans son mouvement la parole des femmes, délivrée du contrôle contraignant du discours dominant. Elle créait une nouvelle socialité des femmes s'assurant mutuellement de leur vérité et de leur force. Et ce n'est pas un des moindres apports du féminisme que d'avoir constitué ainsi un espace d'énonciation libéré du contrôle patriarcal. La parole a commencé alors à s'échanger dans sa fécondité propre, indifférente à la stigmatisation qui l'avait jusque-là étouffée ou minorisée.

C'est ainsi que s'est ouvert un nouvel espace théorique et pratique qui, fortifié au cours des années, fait aujourd'hui partie du bien commun, ayant conquis sa légitimité dans le discours tant scientifique que politique et social. La sécession initiale s'est révélée être la condition d'une nouvelle communauté.

Cette « révolution » comporte une difficulté paradoxale : c'est qu'elle ne peut isoler dans un camp l'adversaire puisqu'il est aussi le plus souvent le partenaire, le compagnon, l'ami, le collègue, voire l'allié dans d'autres luttes. L'adversaire ici n'est pas l'ennemi. À la différence des autres luttes politiques, c'est jusque dans le privé que doivent se jouer des stratégies qui, à travers le partage même, nécessitent une certaine vigilance. L'éthique est dans ce domaine un élément constitutif du politique.

Le féminisme et la « révolution » de mai 68 : le rapport à la loi

Le climat général de l'époque a favorisé la radicalité de ce mouvement, le renversement qu'il provoquait dans les usages et les représentations, et la posture franchement contestataire qu'il adoptait, en marge des conflits sociaux authentifiés comme tels. Son ambition s'appuyait à une position « révolutionnaire » d'un nouveau genre : il s'inscrivait, en effet, dans la rupture opérée pour toute une génération par ce qu'on a désigné sous le terme de « Mai 68 ». Un certain nombre de femmes qui s'y étaient initialement impliquées firent sécession en constatant que la « libre parole » y restait appropriée par les hommes. La révolution de Mai 68, même si elle fut de courte durée et si certains ont tenté d'en minimiser la portée⁵, devait produire un véritable ébranlement des mentalités par le réveil de la capacité d'initiative contestataire des individus, irréductible aux formes institutionnelles censées les représenter. Il ne s'agissait pas tant de recourir à la loi ou de revendiquer de nouvelles lois, que de contourner les lois dans une pratique qu'on peut qualifier d'anarchisante. Il s'agissait de « changer la vie » sans attendre le changement improbable des institutions ou pour le contraindre.

Cette position politique était perceptible dans

(4) *Titres de différents numéros des Cahiers du Grif.*

(5) Luc Ferry, Alain Renaut, 68-86, *Itinéraires de l'individu*, éd. Gallimard, 1986.



GENRE ET SANTÉ

les premiers temps du féminisme, quand, par exemple, fut débattue la question de savoir s'il fallait recourir à la justice - comme justice dominante - pour faire condamner des violeurs, entre autres lors du procès d'Aix-en-Provence concernant deux jeunes Belges défendues par Gisèle Halimi. De même, la création marginale de revues, de groupes de travail théoriques, n'ambitionnait pas initialement sa reconnaissance par l'institution, politique ou universitaire, mais prétendait au contraire la court-circuiter. C'est dans un deuxième temps seulement - qu'on peut situer pour la France en 1981, lors de l'arrivée des socialistes au pouvoir - que se sont noués des échanges toujours fragiles entre la marge et l'institution. Cette « réconciliation » a-t-elle été un marché de dupes ? Elle peut être interprétée comme la reconnaissance progressive de la validité du mouvement des femmes et/ou comme sa récupération et son contrôle. On ne peut échapper à ce dilemme : l'institutionnalisation est à la fois l'assomption du projet subversif et sa mise au pas, ainsi qu'en atteste, par exemple, la traduction progressive de la dénomination « études féministes » en « études de genre », dénomination neutralisée plus compatible avec la scientificité supposée de la recherche. De même, la généralisation des thématiques féministes dans le discours politique et médiatique est à la fois leur reconnaissance et leur contrôle, voire leur détournement.

Leur réalité semble en tout cas aujourd'hui évidente même si elles ne sont pas aussi traduites dans l'organisation sociale qu'il n'y paraît. Des formulations qui semblaient scandaleuses et marginalisaient, ou même ostracisaient, celles qui les énonçaient (ainsi par exemple « les violences conjugales » ou « le harcèlement sexuel dans le travail ») sont devenues familières, alimentant le discours politique et les médias. Le principe de l'égalité entre les sexes n'est plus contesté en tant que tel, même quand il n'est pas traduit dans la pratique.

Séparatisme et monde commun

Le séparatisme du mouvement féministe, regroupant de fait les femmes, bien qu'aucune exclusion de principe n'ait été formulée, était

nécessaire à l'identification d'un problème séculairement enfoui et recouvert dans les luttes sociales et politiques. L'accès des femmes au monde commun passait par la visualisation préalable du dualisme séculaire de fait qui avait affecté celui-ci sans être reconnu et qui se résume sous le terme de patriarcat.

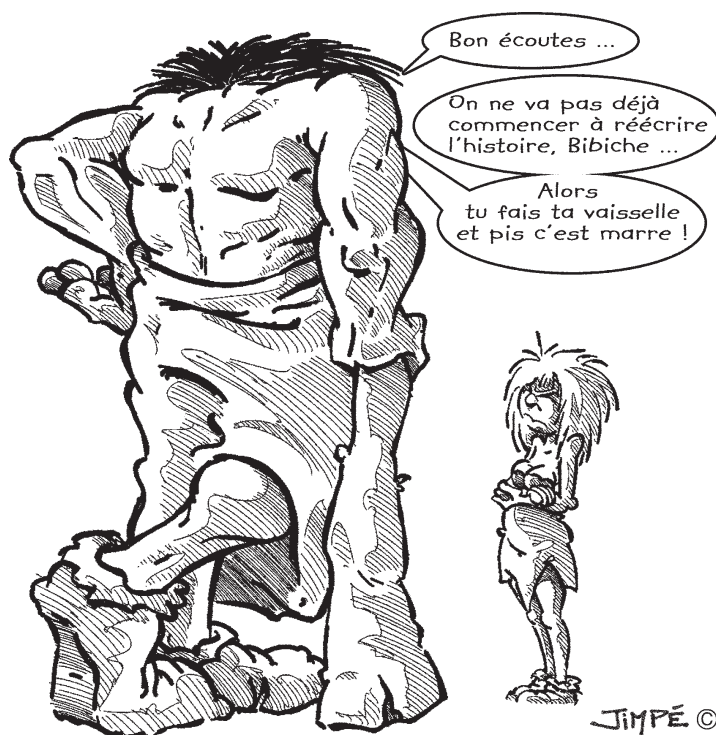
Le mouvement féministe pouvait ainsi sembler porter atteinte à la mixité apparente de la vie sociale. Il en faisait plutôt apparaître le leurre et était la condition de sa transformation. En effet, même dans la société moderne à prétention démocratique, la société faite d'hommes et de femmes a toujours été commandée par les impératifs masculins, et les places des uns et des autres assignées implicitement ou explicitement par ces derniers. Le patriarcat ne signifie pas l'éviction des femmes, ni même seulement l'esclavage ou la domestication de celles-ci, mais le fait que les objectifs communs et les places qu'occupent les uns et les autres sont commandés par l'intérêt des uns, déterminant les autres. Comme l'ont formulé les ethnologues, et notamment Levi-Strauss⁶, analysant le fonctionnement des sociétés, il s'agit là d'un invariant propre à toutes les cultures. Partout et toujours en effet ce sont les hommes qui « échangent les femmes » les biens et les mots, et commandent les lignées. Toutes les sociétés ont été jusqu'à ce jour patriarcales en ce sens, même si ce patriarcat connaît des variantes.

Renverser un système social et symbolique si profondément ancré dans les usages de toutes les sociétés depuis l'origine des temps est une gageure. Et les progrès conjoncturels accomplis ne le garantissent toujours pas. On ne retourne pas l'histoire si facilement. Si les femmes ont acquis depuis trente ans des libertés et des droits autrefois impensables, elles les ont acquis dans une société qui reste structurellement masculine, tant au niveau national qu'international ou mondial. L'évolution n'est pas la révolution et celle-ci ne se condense pas en un seul geste, qu'on pourrait dater, mais elle se gagne pas à pas.

C'est que le féminisme ne revendique pas ou pas seulement l'accès des femmes aux avantages sociaux jusqu'ici réservés aux hommes, mais une restructuration fondamentale des

(6) Levi-Strauss, Les structures élémentaires de la parenté, Paris P.U.F., 1949. On trouve la discussion de ces thèses dans Françoise Héritier, Masculin/féminin, éd. Odile Jacob, 1996.

rapports entre les sexes qui engage les uns et les autres, c'est-à-dire une redéfinition du monde commun.



L'affirmation aujourd'hui banalisée selon laquelle la dualité sexuée est une « construction sociale » ne suppose pas qu'il y ait un état des sexes qui ne serait pas une « construction sociale » et qui exprimerait la vérité ou la nature des sexes. Quelle que soit la situation vers laquelle nous nous portons, elle ne peut être qu'une autre « construction sociale », une autre manière de formaliser socialement et symboliquement le fait de la sexuation en le remarquant ou en l'effaçant. Il s'agit, démarche éminemment politique, de substituer une « construction » égalitaire à une « construction » inégalitaire. La question essentiellement politique est donc celle-ci : quel monde commun voulons-nous ? Car rien dans la « nature » n'impose le montage socioculturel qui a hiérarchisé les sexes.

Mais le politique n'est pas une opération spéculative décrétant le vrai dans le ciel des idées pour que s'en effectue ipso facto l'application. C'est un affrontement qui se rejoue dans chaque

conjoncture, imposant la réflexion et la décision. Chaque moment engage. Même si l'action politique est toujours animée par une certaine représentation au moins provisoire de ce qui est visé, elle n'obéit pas à un programme idéologique qu'il suffirait d'appliquer mais s'invente au pas à pas : elle prend des risques. La révolution féministe n'est pas l'éradication du monde donné auquel pourrait être substitué dans un brusque renversement un autre monde. Il ne lui suffit pas de couper une tête, car l'hydre a mille têtes. Si révolution il y a, c'est une révolution permanente.

On comprend donc que, dans chaque conjoncture, les opinions puissent se confronter, voire s'affronter car l'action est toujours sans garantie, et comporte des effets pervers. Le dialogue comme confrontation des opinions peut aller jusqu'à l'opposition parmi celles-là mêmes, et désormais aussi ceux, qui poursuivent le même objectif structurel.

Théories de la différence des sexes et sexualités

Très tôt dans la réflexion en cours se sont dessinées différentes « philosophies » touchant à la définition de la différence des sexes, qui se sont complexifiées et enrichies au cours des années écoulées, à mesure que la question focalisait l'intérêt des scientifiques ou les penseurs. Ces philosophies peuvent paraître oiseuses à celles qui sont engagées dans l'action concrète : elles en éclairent et en commandent cependant l'horizon et les stratégies. Mieux vaut savoir quelle « philosophie » - c'est-à-dire quelle conception de la différence des sexes - on engage dans une décision plutôt que de l'engager sans le savoir⁷.

La pensée politique moderne, distinguant le privé du public, a fait émerger la notion d'individu, et de citoyen comme individu, ou encore de sujet, indépendant en quelque sorte de ses qualifications dites privées, telles que la religion, la race, le sexe, la culture. Cette formulation se veut un ferment d'égalité. Et elle a pu fonctionner de cette manière sur bien des plans. Il se fait cependant que ce principe d'égalisation fonctionne de manière ambiguë : il est en même temps un principe de discrimination. « Tous les

(7) Sur ces notions, on consultera utilement le Dictionnaire critique du féminisme, éd. P.U.F., 2000.



hommes sont égaux » a toujours été référé à un modèle implicite, et sous sa condition, la condition tacite d'être blanc, de parler la langue nationale, de pratiquer une religion reconnue, et de ne pas être femme. Les femmes ont toutes bonnes raisons de se défier de l'affirmation de « l'universel », car la démocratie a pu proclamer le suffrage universel alors qu'il excluait la moitié de la population. Comme elles ont toutes bonnes raisons de se défier aussi de l'affirmation d'une « différence » qui a si longtemps justifié leur assignation à certaines places et à certaines tâches.

La première affirmation féministe, qui est décisive, a donc été que la définition des sexes et de leurs attributions au cours de l'histoire est une « construction sociale » et non un fait de nature, même si elle comporte une sorte de persistance à travers l'histoire et les cultures, si elle en constitue un « invariant ». Pour parler bref, les femmes ne sont pas naturellement douées pour les tâches domestiques et les services, les hommes pour la technique ou la philosophie. Leur dissymétrie n'est évidente que dans le processus de la génération qui a servi de base et de prétexte à cet échafaudage culturel, lequel ne consiste pas en une simple répartition des rôles, mais en une prise de pouvoir d'un sexe sur l'autre. Et c'est ce que *Le deuxième sexe* de Simone de Beauvoir a au moins eu le mérite de faire apparaître dans tous les domaines et à tous les niveaux de l'organisation des sociétés. Toutefois, ce constat reste, chez elle, curieusement dissymétrique. En effet, dans son analyse et sa dénonciation, elle en vient à considérer que si les femmes sont assignées à un destin particulier et limitatif, les hommes quant à eux assument la plénitude de l'humanité, incarnant ce qu'elle nomme la position de l'universel. De sorte que la libération des femmes qu'elle ambitionne serait leur « devenir homme » au double sens indument confondu de l'humain et du masculin, identifié au devenir sujet. Un important courant du féminisme, et surtout du féminisme français⁸, la suivra dans ce sens, soulignant justement que cette « construction sociale » n'est pas un effet des hasards de la nature ou de l'histoire, mais le résultat d'un processus de domination d'un sexe sur l'autre, domination structurelle que ratifie et reconduit implicitement ou explicitement chaque individu dans ses conduites. Dans

cette perspective d'effacement de la différence des sexes sous la catégorie de l'individu, la maternité reste cependant un phénomène embarrassant que Beauvoir traite d'ailleurs avec une particulière désinvolture.

La notion de « genre » importée ultérieurement de la pensée américaine (*gender*) vient d'une certaine manière corriger cette analyse en laissant entendre que les sexes, leurs définitions et leurs répartitions sont tous deux, ainsi que leurs rapports, une construction culturelle. Mais cette formulation, pas plus que celle de « construction sociale », ne suffit à identifier le problème, car il laisse dans l'ombre le fait que cette construction s'opère sous la forme d'une « domination » séculaire de l'un par rapport à l'autre. Or ce qui sous-tend d'abord la protestation des femmes dans le féminisme, ce n'est pas tant que les sexes soient une « construction sociale » - toute culture est une construction -, mais que cette construction sociale ait forme hiérarchique. C'est le pouvoir pris par l'un sur l'autre qui suscite la réflexion et la contestation.

Un autre courant féministe, né dans les années septante, affirme à l'inverse qu'« il y a deux sexes » (Antoinette Fouque) : Luce Irigaray⁹ en a été la première théoricienne majeure, en débat avec la psychanalyse plutôt qu'avec le beauvoirisme, contestant la centralité du Phallus pour les deux sexes que soutient le savoir de l'inconscient. Cette position, qui a exercé une influence importante en Italie à travers l'« école de la différence », ou sous d'autres formes aux États-Unis, présente l'avantage de ne pas considérer le masculin comme l'incarnation de l'humain que les femmes en se libérant devraient rejoindre comme si le « devenir homme » était leur destin. Les femmes sont sans doute privées de pouvoir, mais elles ne sont pas exemptes de valeurs. Bien au contraire, elles sont porteuses de formes d'humanité dont les hommes, ne serait-ce que par leur histoire, sont dépourvus : leur « en moins » de pouvoir comporte un « en plus » d'humanité. Le féminisme, ou plus exactement le mouvement de libération des femmes, consiste alors à inscrire dans le monde commun cet autre registre de valeurs plutôt qu'à y renoncer au profit du modèle masculin.

Le risque inhérent à ce courant est de basculer

(8) Citons entre autres Christine Delphy, Nicole-Claude Mathieu, Colette Guillaumin, fondatrices de la revue *Questions féministes*, devenue ensuite *Nouvelles questions féministes*, aujourd'hui gérée par une équipe de l'Université de Genève. Auteurs de divers ouvrages de sociologie et d'anthropologie.

(9) Luce Irigaray (dont on peut signaler ici l'origine belge) élabore le meilleur de sa doctrine dans ses premiers ouvrages tels que *Speculum*, de l'autre femme, éd. de Minuit, 1974 et *Ce sexe qui n'en est pas un*, éd. de Minuit, 1978.

vers une idéalisation du féminin et des femmes ainsi que de leurs relations. Mais paradoxalement, on pourrait le lire à l'aide d'éléments proches de ceux que Marx, à la suite de Hegel, identifie dans la problématique des classes, à savoir que c'est l'opprimé qui est porteur des chances du nouveau dans la mesure où il n'est pas attaché aux valeurs dominantes. Pour nos théoriciennes cependant, les valeurs des dominées, en l'occurrence des femmes, leur restent propres, imposant leur reconnaissance dans un monde commun marqué par la dualité des sexes : il y a une spécificité des femmes qu'il s'agit de faire émerger et de soutenir, non d'universaliser.

C'est de la philosophie que viendra une troisième conception des rapports de sexes, philosophie qui rompt avec l'illusion du sujet-maitre, maitre de soi comme de l'univers qu'avait promu la pensée moderne des Lumières, et dont Marx est un héritier quand il prétend déterminer le modèle de la société idéale et les moyens de la réaliser. Tramé de manières différentes dans les œuvres de Foucault, ou de Deleuze, il fera lien avec le mouvement féministe américain à travers celle de Derrida¹⁰.

Dans cette perspective, il n'y a pas un sexe, mais il n'y en a pas non plus deux : il y a des positions sexuées instables, en mouvement, la différence étant un différer, ce que Derrida nomme une « différance » (avec un a) et qu'il qualifie de « féminin », mais un féminin qui peut être assumé par les deux sexes, quand ils échappent à la rigidité unaire de la référence phallique. Il s'agit d'échapper à la logique des identités supportée par ce qu'il nomme le phallogentrisme ou le « phallogocentrisme » séculaire de la société comme de la pensée. La différence des sexes est donc un perpétuel différer. L'avancée tient dans les déplacements et les contournements plutôt que dans les affrontements qui confortent ce qu'ils prétendent combattre. Parler, agir, fait bouger, déjoue, la fixité des oppositions, mettant en jeu l'indécidabilité fondamentale des positions sexuées, voire sexuelles. C'est aussi, d'une certaine manière, ce que Deleuze désignait comme politique du devenir minoritaire.

Cette pensée a produit des effets non seulement

sur la pensée féministe mais aussi sur la pensée des (homo)sexualités. Sexes et sexualités sont constitutivement indécidables et se redécident dans chaque parole et dans chaque acte. La théorie du performatif¹¹ relaie et déplace ainsi la pensée de l'agir politique oppositionnel, liée à la dualité frontale.

C'est même l'inscription originelle du nouveau-né humain dans une catégorie sexuée qui est alors interrogée, entraînant aujourd'hui l'hypothèse selon laquelle la déclaration de son sexe à l'état civil est déjà un acte d'identification contestable, qui contraint sa libre autodétermination, l'obligeant prématurément à s'inscrire dans l'un ou l'autre registre. De ce point de vue, la contrainte sociale donne à une différence purement physiologique une importance démesurée. La dénonciation de la « contrainte à l'hétérosexualité », se double ainsi d'une dénonciation de la contrainte à un sexe déterminé que toute l'éducation conforte. Telle est l'essence de la « *queer theory* » qui conduit aujourd'hui à l'affirmation non seulement de la « différance » mais de « l'indifférence » des sexes¹².

Aux confins d'une pensée de la « différance » des sexes et du performatif, j'ai développé pour ma part une pensée de la praxis des sexes, le terme de praxis étant pris ici non dans son sens marxien mais dans son sens aristotélicien, tel qu'il est réinterprété par Arendt : un agir visant la transformation du donné, sans représentation de sa fin, transformation de la forme qui ne préjuge pas d'une quelconque Idée de la bonne forme. Le dépassement de la dualité des sexes et de leur hiérarchie ne peut en effet se suffire d'une théorie du « nomadisme » ou de la « différance » qui risque d'être purement spéculative, voire décorative, et rester au crédit des dominants (seul le dominant peut être ludique), si elle ne s'accompagne pas d'une transformation effective des places prescrites.

Ces débats, qui peuvent paraître spéculatifs à celles et ceux qui sont engagés dans l'action, sont cependant constamment mis en jeu dans les décisions prises sur le terrain. Ils sont, par exemple, impliqués dans les revendications concernant la réorganisation et la place du travail dans l'ensemble des activités humaines, ou dans le développement des pratiques sexuel-

(10) *Sur le débat de Derrida avec les féministes américaines*, voir Points de suspension, éd. Galilée, 1992.

(11) *Développée entre autres par Judith Butler dont plusieurs ouvrages sont désormais disponibles en français* dont *Le pouvoir des mots, politique du performatif*, éd. Amsterdam, 2004.

(12) *Sabine Prokhoris*, *Le sexe prescrit, la différence sexuelle en question*, éd. Aubier, Alto, 2000.



les - y compris de la prostitution. Dans le processus engagé de transformation des sexes, en effet, que voulons-nous ? L'assimilation des femmes aux droits acquis par les hommes et à leurs valeurs ? Le développement de valeurs alternatives ? Ou la mise en question de tout modèle ? Une autre redéfinition de la place des sexes ou l'effacement progressif de l'importance du marquage sexué ?

Ces questions sont aujourd'hui croisées avec les questions touchant à la reconnaissance des sexualités. La libération des femmes et la libération des sexualités ne relèvent cependant pas des mêmes paramètres et ne peuvent être politiquement hiérarchisées : l'un ne se soumet pas à l'autre.

Ainsi les lesbiennes se sont-elles tantôt inscrites dans le combat général des femmes, où la reconnaissance de leur spécificité a été cependant faible et tardive, tantôt dans le combat des homosexualités, qui est dominé de fait par les gays. Elles ont à penser et à lutter à la fois « en tant que femmes » (même si Monique Wittig déclarait qu'« une lesbienne n'est pas une femme ») et « en tant qu'homosexuelles », ou plus exactement les deux à la fois. Leur position est incontestablement originale à la croisée de ces deux dispositifs théoriques et politiques. On constatera au moins que la vie lesbienne a été féconde sur le plan de la création et de la culture¹³, sans doute en raison de l'appui qu'une femme donne à une femme dans son autoconstitution, comme elle le donne à un homme dans la conjoncture hétérosexuelle.

Études féministes et études de genre

Le développement de l'action ne pouvait se faire sans le développement d'une réflexion théorique qui tout à la fois la justifiait, l'analysait et l'éclairait. Dans les années septante, les ouvrages portant sur la question des sexes étaient extrêmement rares, et les féministes durent « bricoler » leurs analyses et leurs réflexions à la lumière de leur expérience, et à la faveur de leur imagination. Les hypothèses interprétatives s'élaboraient à l'état sauvage, riches d'imagination plus que d'érudition.

Après s'être développées au sein des groupes féministes eux-mêmes, elles trouvèrent à s'inscrire dans le champ de l'institution universitaire, et d'abord dans le champ de l'institution universitaire américaine¹⁴, plus souple que l'institution européenne. En France, c'est à partir de 1981, sous le gouvernement socialiste, qu'elles trouvèrent leur première reconnaissance, par la création de trois postes d'enseignement qui leur étaient dévolues. Rebaptisées du concept apparemment plus neutre - parce que dépolitisé - d'« études de genre », elles devaient progressivement se développer un peu partout, sous la pression il est vrai des intéressées. Ces études ont contribué à démontrer l'ampleur et l'ancienneté des procédures de discrimination sexué et à en analyser les mécanismes, mais aussi, parallèlement, à mettre en évidence les apports des femmes généralement occultés par la culture dominante. Elles produisent non seulement un complément au savoir existant, mais devraient complexifier plus généralement ses paramètres, ce qui est loin d'être acquis. Elles seront indispensables comme spécialisation aussi longtemps qu'elles n'auront pas été reconnues comme partie intégrante de n'importe quel domaine du savoir. Leur rôle n'est donc pas seulement de corriger la connais-

(13) Marie-Jo Bonnet, *Les relations amoureuses entre femmes*, éd. Odile Jacob, 1995.

(14) *Peu de théoriciennes américaines ont été traduites. Un recueil de quelques textes majeurs paraîtra en janvier 2005 aux éditions Campagne Première sous le titre Philosophie politique, l'apport du féminisme.*



sance que nous avons du passé en remettant en lumière des pans entiers occultés de sa réalité, mais de forger de nouveaux outils d'analyse potentiellement intégrables à toute recherche et à toute action.

La sociologie et l'histoire, fortes de leur prétention à l'objectivité dans l'établissement des « faits », ont connu dans nos pays une extension privilégiée, et des chercheurs hommes ont été amenés à s'y investir et, par voie de conséquence, à les cautionner dans leur valeur de paramètre. La philosophie, en revanche, semble rester un fief majoritairement protégé : il apparaît pourtant à l'examen des énoncés philosophiques que le sujet qui s'y prononce en toute neutralité, du point de vue de la raison, quand il aborde, occasionnellement, la question des sexes, identifie toujours celle-ci à la question des femmes, comme s'il était lui-même exempt de sexualité, et ceci à travers toute l'histoire, « de Platon à Derrida¹⁵ ». Ce même traitement se retrouve au fondement de la psychanalyse, pourtant vouée à la sexualité, ainsi qu'en atteste Freud lui-même quand, ayant déployé son dispositif théorique, il qualifie les femmes de « continent noir », ou encore Lacan, quand il les somme de se prononcer sur ce qu'elles sont. Il apparaît ainsi que le sujet de savoir n'est pas spontanément indemne de son appartenance sexuée même dans l'établissement d'un dispositif théorique supposé neutre.

L'introduction du paramètre du genre dans n'importe quel domaine du savoir manifeste en tout cas sa pertinence par sa fécondité, plus ou moins importante selon les domaines auxquels il s'applique. Ainsi l'approche purement scientifique du monde dans des institutions spécialisées n'est-elle finalement pas étrangère à son approche politique, et cela même si les intellectuelles sont de plus en plus coupées aujourd'hui des milieux de l'action, leurs connexions fécondes des années septante s'étant malheureusement raréfiées.

ques, ainsi que privées. Toutefois on ne peut négliger les risques de la stagnation, voire de la soumission à de nouveaux pièges, à la fois en raison de la résistance des structures traditionnelles et en raison de l'évolution du contexte social et politique ainsi que des bouleversements technologiques.

Les avancées législatives et sociales de la situation des femmes, réalisées sous la pression du mouvement féministe depuis trente-cinq ans sont incontestables et nous n'en dresserons pas ici le bilan. Tous les domaines de la formation et de la profession, de la vie sociale et politique, leur sont désormais accessibles. Le principe de l'égalité des sexes - escamoté dans la fondation de la démocratie - est affirmé et traduit dans la législation, régulant les rapports non seulement publics mais privés - ce qui ne signifie pas que la réalité suive le principe.

Ces avancées masquent cependant une dissymétrie sociale, économique, sexuelle et symbolique de fait persistante, et le développement de ses formes sournaises. Le joyeux spectacle de femmes politiques « battantes » - encore minoritaires cependant - récemment apparues dans la sphère politique et les médias (du moins en Belgique, car elles restent des plus discrètes en France malgré le principe acquis de la parité) ne peut dissimuler que les professions majoritairement féminines restent dévaluées - ou le deviennent - et que dans tous les domaines, leur présence reste confinée dans le bas de l'échelle des pouvoirs décisionnels et des revenus. Si, dans la scolarité, les filles sont désormais souvent « en avance » sur les garçons et réussissent mieux au baccalauréat, elles se confinent toujours dans filières socialement et économiquement moins rentables. À travail et responsabilité égaux, la disparité des salaires, même si elle tend à se réduire, reste d'environ 25 %. On peut penser - on ne dispose apparemment pas de statistiques sur ce point - que cette dissymétrie économique est accentuée, voire redoublée, dans les couples homosexuels, le couple gay étant beaucoup plus riche et puissant que le couple lesbien, ce qui en fait d'ailleurs une cible commerciale privilégiée. La retraite des femmes est globalement encore largement inférieure à celle des hommes, et leur vieillesse plus démunie et plus solitaire non seulement en raison de leur longévité mais des usages. Les tâches

(15) Titre d'une anthologie critique de textes philosophiques élaborée par Fr. Collin, E. Pisier, E. Varikas, éd. Plon, 2000.

Enjeux actuels

Des avancées importantes ont été réalisées dans la condition des femmes et dans leur rapport aux structures sociales, politiques et symboli-



domestiques restent, elles aussi, très inégalement partagées. Quant à la garde des enfants en cas de séparation, elle est plus souvent et plus ostensiblement revendiquée que dans le passé par les pères, qui en confient cependant habituellement la charge matérielle à leur nouvelle compagne.

Cette dissymétrie est-elle, comme certain(e)s le prétendent, partiellement imputable aux femmes elles-mêmes, persistant à sauvegarder la vie dans le « plan de carrière » ? Faut-il les en louer ou le leur reprocher dans un monde autrement déshumanisé ? Cette résistance éventuelle indique que le modèle humain et social n'a guère changé, même si les femmes sont désormais « autorisées » à y adhérer, surmontant d'ailleurs des obstacles qui leur demandent toujours une énergie supplémentaire.

Certains « progrès » peuvent même révéler de nouveaux pièges. Nous avons déjà évoqué l'ambiguïté de la reprise en main de la parenté par l'autorité scientifique à travers les diverses techniques de procréation assistée. Sans être nostalgique du passé, on peut aussi se demander si la « libération sexuelle » justement revendiquée et affirmée dans les débuts n'a pas conduit, dans sa réinterprétation et sa dérive ultérieures, à un nouveau conditionnement à travers l'idéal de la performance sexuelle élevée au rang d'impératif. Il est d'ailleurs symptomatique que cette évolution libérale des mœurs n'ait pas réduit mais ait au contraire reconditionné les pratiques prostitutionnelles, adultes et pédophiliques, prenant les formes d'un marché international qui assure la persistance de la dissymétrie des sexes sous leur mouvement d'égalisation. La transformation du sexe en produit de consommation est sa conversion à l'idéal phallocratique ainsi consolidé. Les corps sont entrés ostensiblement dans le marché. On assiste par ailleurs, sous prétexte de liberté, et après une période de modération, à un reconditionnement des femmes vers une « féminité » convenue. La publicité associe leur corps exhibé à n'importe quel produit, y compris culturel.

Se présentent aussi de nouveaux troubles importants de la transmission intergénérationnelle que la transformation des structures familiales et

l'émergence d'un grand nombre de « familles recomposées » ou monoparentales ne suffisent pas à éclairer et où la dissymétrie des positions sexuées reste significative.

D'autre part, des questions qui avaient été non pas ignorées mais minorisées dans un premier temps s'imposent aujourd'hui. Nous avons évoqué la question du statut des homosexualités sur lequel les objectifs poursuivis par les intéressé(e)s divergent, les un(e)s souhaitant un alignement sur les institutions hétérosexuelles (tel le mariage), les autres souhaitant le développement de positions alternatives.

On peut évoquer aussi la confrontation accentuée des cultures non seulement au niveau international, mais au sein même des pays européens en raison du développement et de l'affirmation des populations immigrées : le débat sur le port du voile en a été, en France, un symptôme.

Le mouvement féministe fonctionne donc aujourd'hui en réseaux, ponctués par des lieux et des groupes qui s'en revendiquent et qui s'y consacrent en spécialistes, mais il est relayé aussi dans tous les milieux de manière plus informelle par l'initiative singulière et collective. S'il est l'objet privilégié de certaines, il est aussi à l'œuvre dans l'action et la décision de celles et de ceux qui travaillent, pensent, agissent sans en faire le moteur exclusif de leur existence dans toutes les formes de la vie sociale, intellectuelle, politique, professionnelle et privée. Chacune et chacun est amené aujourd'hui à se poser la question des rapports entre les sexes dans diverses occurrences.

Ceux ou celles qui ratifient l'objectif général du féminisme se trouvent d'autre part amené(e)s à prendre des positions différentes, voire antagonistes, dans les conjonctures particulières. On peut relever ces divergences à propos de trois grands enjeux récents.

On connaît bien les tensions qui ont longtemps opposé les partisans d'une loi imposant la parité dans la représentation et ses adversaires : de nombreux écrits en témoignent. Pour les unes, c'était un moyen d'obtenir par le raccourci l'accès aux sphères décisionnelles, pour les autres, c'était une ratification compromettante

de l'identité spécifique des femmes - une forme de « communautarisme » opposée à la démocratie des individus. Les mêmes tensions se sont retrouvées dans la question de l'interdit du voile à l'école, sous peine d'exclusion. Pour les unes, françaises de souche mais rejointes par certains groupes issus de l'immigration - dont le groupe « Ni putes ni soumises » -, cette mesure était la stricte observance d'une laïcité de la sphère publique, mettant les filles à l'abri de la domination des pères et des frères. Pour les autres, c'était une marque d'intolérance dans un monde commun dont la pluralité inclut ou doit inclure désormais les différences culturelles sans qu'elles le compromettent. Les tentatives de « récupération » des groupes issus de l'immigration, dans la mesure où ils étaient de fait l'idéologie dominante, sont évidentes.

Enfin, le statut de la prostitution et des prostituées reste âprement discuté. Pour les unes, la condamnation de la prostitution doit être inconditionnelle, car celle-ci, ne serait-ce que par sa seule dissymétrie (les clients sont à presque cent pour cent des hommes), est le signe et le relais de la domination masculine. Pour les autres, la prostitution, quand elle est un choix

et non contrainte à travers l'exploitation internationale, doit être identifiée à un travail comme un autre - moins pénible et plus rentable que celui de caissière dans une grande surface : le refuser serait refuser de reconnaître le droit des prostituées à l'autodétermination.

Ces oppositions sont certes plus complexes et plus articulées qu'on ne peut le résumer ici. Mais elles font apparaître qu'au sein même d'une volonté féministe générale, et plus que par le passé, des options diverses se dessinent, qui dépendent d'une conception politique plus large méritant désormais d'être explicitée.

Dans cette diversité d'orientations, les observateurs et les médias peuvent « faire leur marché » et choisir un féminisme « à la carte ».

Ainsi les a-t-on vus se mobiliser au nom du féminisme pour « sauver » les jeunes musulmanes du contrôle patriarcal dont elles sont les victimes, comme si la société occidentale était un modèle en la matière. Certaines procédures plus perverses les amènent à confronter les féministes « radicales », plus ou moins caricaturées, et les « jeunes féministes », ou quelque « homme féministe », héros précieux par sa rareté même. La réception reste sélective. La mise en évidence des contradictions internes du mouvement féministe - comme si les contradictions ne faisaient pas partie intégrante de toute novation - est la forme nouvelle et insidieuse du règlement de compte¹⁶.

Le « féminisme » connaît en effet aujourd'hui des formes d'exercice multiples, formelles ou informelles, régies par le dialogue. Une socialité des femmes, certes divisée ou conflictuelle parfois, s'est inscrite dans la socialité dominante, socialité qui ne les isole pas de la socialité commune, mais leur donne au contraire des appuis pour s'y insérer. Soutenir ce mouvement d'émergence sans toujours être assurée de sa fin est une tâche. C'est aussi et d'emblée une nouvelle manière d'être. Mais les avancées ne sont jamais automatiques : elles exigent une vigilance et une action continuelles. Elles comportent aussi des effets pervers qu'il faut détecter et affronter. Les femmes, en devenant acteur-e-s, ne sont pas seulement en charge de leur propre devenir, mais du devenir de la communauté humaine. Se situer « en tant que

(16) Dont certaines femmes se font les relais. Ainsi le regrettable Fausse route d'É. Badinter, éd. O. Jacob, 2004, qui du haut d'une position d'exception règle leur compte à toutes les tendances du féminisme.





femmes » n'est pas une restriction du champ politique mais l'accès à son champ entier, ce que soutiennent et favorisent d'ailleurs des échanges internationaux formels ou informels, simplifiés par les nouveaux moyens d'échange et de communication. Le féminisme, en se souciant du devenir des femmes, les rend peu à peu aptes à peser dans le destin collectif, même si elles ne le maîtrisent pas (et en vérité qui le maîtrise aujourd'hui où les politiques, même s'ils s'agitent, ressemblent plus à des figurants qu'à des acteurs ?).

Mais dans les changements du paysage, ce qui semble incontestablement positif, c'est le sens de l'initiative acquis par la plupart des filles et des femmes, une certaine liberté physique et relationnelle, un désir d'entreprendre et d'être. Le principal acquis du féminisme c'est d'avoir sorti les femmes de leur position dépendante, pour les rendre conscientes et actrices de leur destin, même si les structures sociales et symboliques résistent. De victimes passives, de nombreuses femmes - y compris dans les cultures extra-occidentales - sont devenues et deviennent acteur-e-s, sous des formes diverses, de leur vie singulière et collective. En dehors des groupes proprement féministes qui se sont raréfiés, ou du développement des études de genre dans les universités, des centres sociaux divers, qu'il s'agisse du planning familial ou des centres contre les violences, de même que de certaines centrales syndicales, sont d'ailleurs devenus des relais de cette prise de conscience.

Un héritage sans testament

En 1988, invitée par l'université de Montréal à faire un exposé sur « Les femmes de l'an 2000 » (qui semblaient alors lointaines), j'avais pris pour thème de mon exposé une formule de Hannah Arendt, qu'elle emprunte d'ailleurs à René Char : « L'héritage est sans testament¹⁷ ».

Les jeunes de l'an 2000 sont certes les héritier(e)s des féministes des années septante. Mais faire honneur à cet héritage, ce n'est pas le réduire à un objet d'histoire - même si l'inscrire dans l'histoire est important -, mais l'assumer et le réactiver en nouveaux termes, qui sont ceux d'aujourd'hui, dans d'autres conjonctures,

et par des initiatives inédites. Pour ne pas devenir lettre morte, l'héritage doit être traduit en langues nouvelles, qui sont le ciment de la constitution d'une tradition.

Les acquis théoriques et pratiques, de même que les institutions et les usages inscrits par le féminisme dans la vie collective sont un donné, et même un don, qui trouvera sa signification dans une réappropriation actuelle. Les problèmes qui ont hanté les années septante reviennent en effet sous de nouvelles formes et d'autres problèmes se manifestent qui n'avaient pas été alors identifiés. Mais ce qui fait l'essentiel de cet héritage, c'est l'invitation positive à être, à agir, à parler, au plus juste de soi-même et en confrontation avec les autres.

Ce bref rappel historique et problématique du sens et du développement du mouvement féministe n'a valeur qu'indicative. À partir d'un socle constitué au cours des trente dernières années, le féminisme reste un terrain exploratoire pour la pensée et pour l'action. Chacune - et désormais chacun - peut trouver à y inscrire sa trace dans la pratique singulière ou collective, que ce soit dans le domaine de l'action sociale ou politique, de la recherche, de l'enseignement, ou encore de la création artistique et de l'écriture dont l'importance majeure ne pouvait être approchée en ces quelques pages mais qui sont le rappel constant de la liberté dans le mouvement laborieux de la libération¹⁸. Si le féminisme s'incarne dans les lieux et les personnes qui s'y consacrent prioritairement, qui en font la matière de leur réflexion et de leur action - et des hommes s'associent désormais théoriquement et pratiquement à cette démarche - il s'incarne aussi dans chaque existence. Si toutes, et tous, ne peuvent et ne doivent pas être des « spécialistes » du « genre », toutes et tous peuvent en soutenir la vigilance dans leurs engagements privés, professionnels et publics, vigilance certes contraignante mais aussi vivifiante, et être ainsi la mémoire vive et le relais des initiatives féministes. La réalisation d'un monde commun demande une attention toujours active au minoritaire, non seulement par souci démocratique mais pour bénéficier de son apport. La prise de responsabilité en la matière n'est pas un « dévouement » altruiste, c'est aussi un principe de fécondité singulière et collective. Rien de plus exigeant que cet

(17) Ce texte a été publié en 1986 dans Les Cahiers du Grif, n° 34, « Les jeunes, la transmission », republié dans Les enfants des femmes, éd. Complexe, 1992.

(18) Les Cahiers du symbolisme publieront prochainement un numéro spécial consacré à cette question, sous la dir. de Claire Lejeune et Danielle Bajomée. Voir aussi Fr. Collin, Je partirais d'un mot, éd. Fusart, 1999.

héritage. À le faire fructifier, il serait étonnant que les femmes (et les hommes) du XXI^{ème} siècle s'ennuient. ●

Françoise Collin a publié ces dernières années : *Les femmes de Platon à Derrida* (en collab.) éd. Plon ; *L'homme est-il devenu superflu ?* Hannah Arendt, éd. Odile Jacob ; *Le différend des sexes*, éd. Pleins feux ; *Je partirais d'un mot*, éd. Fusart.

À paraître en 2005, en collaboration avec Pénélope Deutscher, *Repenser la philosophie politique, L'apport féministe*, éd. Campagne première, Paris, et *Parcours féministe*, dialogue avec Irène Kaufer, éd. Labor, Bruxelles.

Regards féministes sur notre vie affective et sexuelle



GENRE ET SANTÉ

De l'état d'incapacité à la libération sexuelle, le statut de la femme dans nos sociétés a connu une transformation radicale qui n'a pas encore livré tous ses fruits, bons comme mauvais.

« Le plaisir, une question politique ? », le titre de cette Université d'hiver évoque l'intrusion du politique dans ce qu'il y a finalement de plus privé, le corps, son corps, le plaisir et la relation que nous pouvons avoir avec l'autre.

Dans un ouvrage que j'ai eu le plaisir de coordonner, *Corps de femmes. Sexualité et contrôle social*¹, nous voulions montrer comment le corps de la femme a été, dans nos sociétés modernes, instrumentalisé par le politique voire mis au service du politique. « Le corps des femmes est le lieu où s'élabore la reproduction », écrivait Yvonne Knibiehler dans la préface, « c'est à ce titre d'abord qu'il a éveillé très tôt l'intérêt de la médecine qui n'est pas seulement l'art de soigner mais aussi l'art de se connaître et surtout de comprendre ». *Tuta mulier in utero*. Cette formule a fait autorité jusqu'à la première guerre mondiale. La sexualité féminine est perçue comme mystérieuse, puissante, habitée par le diable et donc à canaliser, surveiller et réprimer².

Cet article reproduit l'intervention de Marie-Thérèse Coenen, présidente de l'Université des femmes, lors du colloque : « Le plaisir ? Une question politique » qui s'est tenu les 19 et 20 décembre 2006 et qui était organisé par la Fédération laïque des centres de planning familial.

L'inégalité, de la légalité à la réflexion

Dans l'histoire de nos sociétés modernes, le Code civil de 1804, ou Code Napoléon, mérite une place de choix parce qu'il marque un tournant décisif dans l'évolution du droit et parce qu'il a exercé une influence considérable sur les états européens, au delà du régime politique qui l'a vu naître. Dans les articles 371 et suivants, il refonde la puissance paternelle. Au nom de l'unicité de la famille et la faiblesse naturelle de la femme, il restaure une puissance maritale absolue et entérine l'incapacité de la femme mariée, qui est considérée comme une disposition d'ordre public. Il réduit ainsi les femmes, et les mères en particulier, à l'état de mineure et les prive de la plupart des droits civils³. Le code pénal de 1810 interdit l'avortement et poursuit ses auteur-e-s.

Le destin de la femme est le mariage. Hors de celui-ci, pas de salut sauf à entrer en religion. Et avec le mariage, suivent le devoir conjugal et la maternité. L'article 212 du Code civil prescrit que les époux se doivent mutuellement fidélité, secours et assistance. L'article 213 précise que la femme doit obéissance à son mari qui lui doit protection et qu'elle doit le suivre. En retour, il doit la recevoir dans le domicile qu'il a choisi, en lui fournissant ce qui est nécessaire aux besoins de la vie selon ses facultés et son état (article 214). Sans vouloir remonter aux sociétés coutumières, nous constatons que toutes se sont données des règles précises et ont édictés des normes, des tabous en matière de relations sexuelles. Le Code Napoléon y participe. Il précise que tout enfant né dans le mariage est présumé l'enfant du mari de la mère. L'inceste est interdit. L'adultère est pénalement répréhensible mais les circonstances sont aggravantes et la peine plus lourde quand il s'agit de l'épouse. La question de la virginité de la jeune femme, de la défloration au mariage devient une norme et une pratique. Cela suppose une éducation morale et une surveillance incessante des jeunes femmes. La même sévérité n'est pas de mise dans le chef de l'éducation des jeunes hommes, il est même de bon ton qu'ils fassent leurs premières expériences sexuelles via la prostitution ou tout autre person-

Marie-Thérèse Coenen, présidente de l'Université des femmes.

(1) Corps de femmes. Sexualité et contrôle social, sous la direction de Marie-Thérèse Coenen, Bruxelles, De Boeck-Université, 2002. (Collection POL-HIS).

(2) Yvonne Knibiehler, Préface, dans Corps de femmes, p.5.

(3) René Robaye, Une histoire du droit civil, Academia-Bruylant, Louvain-La-Neuve, 2000. 1. Eliane Gubin, « La recherche de la paternité. La loi d'avril 1908 : victoire ou défaite féministe ? » dans Corps de femmes, pp. 98-113.

Mots clés : femme, corps, sexualité, féminisme.

(4) *La Ligue belge du droit des femmes*, 1902, p.135 cité par Eliane Gubin, « *La recherche de la paternité. La loi d'avril 1908 : victoire ou défaite féministe ?* » dans *Corps de femmes*, p. 104.

(5) Eliane Gubin, « *La recherche de la paternité. La loi d'avril 1908 : victoire ou défaite féministe ?* » dans *Corps de femmes*, pp. 98-113.

(6) Hedwige Peemans-Poullet, « *Féminisme et contrôle des naissances* » dans *Corps de femmes*, pp. 131-157.

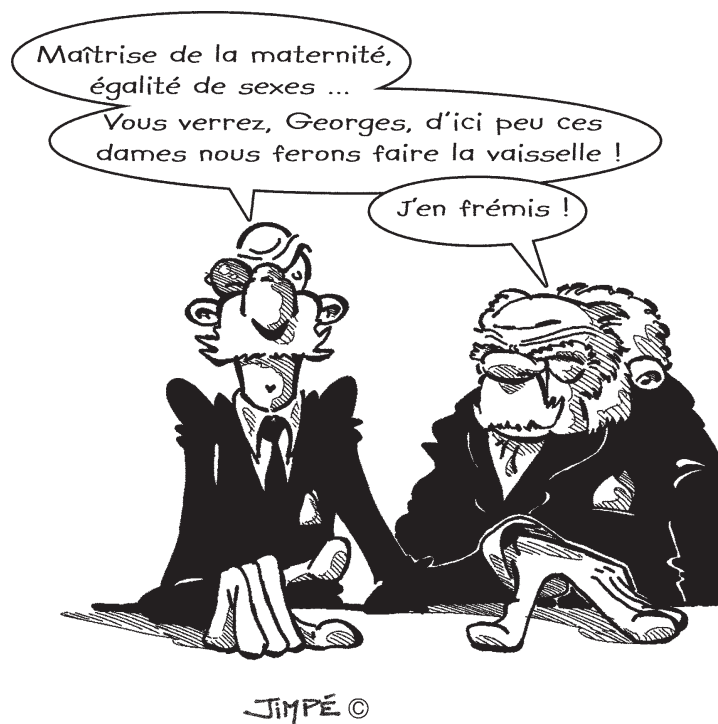
ne de leur environnement immédiat (le personnel domestique féminin). Dans le monde populaire, paysan et ouvrier, il est pourtant courant que les jeunes gens connaissent des relations sexuelles avant le mariage. La jeune fille qui se donne à son promis accélère les procédures du mariage si une naissance s'annonce. « Elle est obligée de se marier ». C'est la vie et c'est plutôt bon signe. Là où la jeune fille pêche, c'est quand elle se « donne » ou est prise par un homme qui ne peut ou ne veut l'épouser. L'enfant à venir est alors un bâtard. Suivent alors toutes les conséquences négatives pour l'enfant et pour la mère. Ce sera la triste réalité pour bon nombre de femmes subordonnées pour qui le lien salarial empêche de dire non : les ouvrières, les servantes, les journalières.

Pour celles qui enfantent hors du mariage, c'est une double peine qui s'applique. Elles doivent assumer seules le fruit de leur acte. L'enfant « naturel » n'a légalement pas de « père ». L'article 340 du Code civil interdit toute recherche de paternité. Ce sera un combat des féministes de la fin du XIX^{ème} siècle d'en obtenir l'abrogation. Plus que pour une équité sexuelle, cette abrogation est réclamée comme mesure morale et sociale. Les féministes condamnent les mesu-

res qui pénalisent davantage la femme et exemptent l'homme de ses responsabilités. Elles optent pour une sexualité basée sur une même morale pour les deux sexes, calquée sur celle imposée à la femme. Loin de demander plus d'autonomie ou de liberté, elles exigent au contraire un comportement plus strict de l'homme. « Lorsque nos jeunes gommeux sauront qu'en séduisant des jeunes filles, ils s'exposent à devenir pères de famille tel que l'entend le droit naturel et non le Code civil, c'est-à-dire des êtres responsables de leurs actes et prêts à en porter la peine, ils mettront une sourdine à leurs appétits de plaisir⁴ » écrit Marie Parent dans le *journal de La Ligue* en 1902. La loi de 1908 lève partiellement cette interdiction de recherche de paternité, dans certains cas et dans des conditions précises. Il est clair que la sexualité féminine a servi de toile de fond aux discussions. « L'acte sexuel considéré par les hommes comme une performance ou un jeu ou un apprentissage indispensable, reste pour la femme, un acte sous haute surveillance qu'il convient de contenir et de contrôler par la crainte d'une éventuelle punition. Le problème des réparations tout comme les promesses de mariages non tenues reste préoccupant. La sexualité des femmes fait peur et continue à alimenter les phantasmes de chantage, de non-vérité, d'abus... »⁵. Le corps masculin se protège, très efficacement.

En se mobilisant pour cette cause, les féministes abordent deux champs qui seront développés plus tard : la maternité est une fonction sociale que l'Etat doit protéger. De la sphère privée où elle était confinée, la maternité devient publique. Mais le revers de la médaille, écrit Eliane Gubin, « c'est l'arrivée de la femme dans la scène publique à travers la maternité, ce qui génère un féminisme maternaliste » dont il sera difficile d'émerger.

Avec les figures de Nelly Van Kol en Hollande et d'Emilie Claeys⁶ en Belgique, Hedwige Peemans-Poullet analyse ce courant adepte de malthusianisme et de la théorie de la limitation des naissances. Emilie Claeys, ouvrière féministe, avant-gardiste sur bien des domaines, ne voit pas la libération sexuelle comme un facteur d'émancipation. Pour elle, la vie sexuelle ne doit pas se séparer de l'acte de reproduction. Elle opterait plutôt pour la continence et espère





qu'à terme une société évoluée en arrive à minimiser l'impact de la sexualité dans la vie des humains. Les articles paraissent dans le journal *De vrouw* et suscitent questions et réactions des lecteurs et lectrices auxquels elle répond. Elle y aborde l'articulation entre sentiment et sexualité et demande de ne pas culpabiliser les mères célibataires⁷, situation qu'elle vit elle-même.

Néanmoins, ces situations inégalitaires entre l'homme et la femme, ont poussé les féministes à s'exprimer publiquement sur la sexualité, sur les relations adultérines, sur l'inceste, autant de sujets tabous. Ainsi ces femmes ont amorcé une première réflexion sur leur corps et sur sa libre disposition, sur le sentiment, sur le plaisir. Mais elles ne s'avancent pas vers une libération à proprement parler de la sexualité de la femme. Le pas à franchir est encore trop grand.

Le spectre de la dénatalité

Parallèlement, un courant nataliste tente d'enrayer ce qu'il considère comme un fléau, la dénatalité. L'Etat et son alliée, l'Eglise catholique, ont bien du mal à canaliser la tendance qu'ont les couples, à limiter les naissances. Les méthodes contraceptives existent et sont d'application comme le coït interrompu ou l'abstinence périodique. Les autres moyens comme le préservatif, pas très pratique à utiliser à l'époque, sont plutôt réservés à la prostitution ou à la protection des maladies vénériennes. Karen Celis⁸, pour expliquer la baisse de fécondité, avance que l'avortement fait partie de la panoplie des ressources mobilisées par les femmes. En dépouillant la presse quotidienne, elle exhume des petites annonces pour « pilules de dames », ou, à partir des années 1880, des annonces de sages femmes ou accoucheuses pour le « retard des époques » avec les commentaires suivants : « résultat surprenant, système certain et sans danger... ». Ces annonces paraissaient dans les journaux libéraux et socialistes de la capitale comme *L'Etoile belge*, *Le Soir*, *Le Peuple*. L'avortement est interdit. Les juges, jusque dans les années vingt et trente, ne poursuivent que mollement les fautifs, et uniquement en cas de plaintes. Marie-Sylvie Dupont-Bouchat⁹ signale que de nombreux

dossiers ne font l'objet d'aucune instruction et sont classés sans suite. Très peu de cas arriveront jusqu'au procès.

Après la première guerre mondiale, l'Etat se lance dans une campagne de mobilisation nataliste. Pour ce dernier, la baisse de la natalité, est une catastrophe nationale. Ce sont les femmes, ces égoïstes, qui en sont les grandes responsables. Des lois sont votées. Celle du 7 août 1922 sur le contrat d'emploi protège la maternité de l'employée en garantissant désormais un mois de salaire pendant le congé post-natal. La résultante immédiate sera la fin du contrat de travail, sans préavis, pour l'employée qui se marie. Cette clause restrictive inscrite dans les contrats d'emploi restera en vigueur jusque dans les années septante. C'est une bonne affaire pour l'employeur et pour l'employé concurrent ! C'est surtout une stratégie payante pour l'Etat. D'un côté, il vise la protection de la maternité et de l'autre, le renvoi de la femme mariée au foyer génère une économie conséquente puisqu'il n'est plus nécessaire de se préoccuper des infrastructures d'accueil pour les tout petits¹⁰.

Les familles nombreuses sont mises à l'honneur. Les allocations familiales, qui sont à l'origine une politique salariale, sont généralisées par la loi du 14 février 1928 pour les salariés et en 1937 pour les indépendants. Elles favorisent nettement les familles d'au moins quatre enfants, fustigeant celles qui ne veulent qu'un ou deux enfants. Or, cela devient la norme familiale. Des institutions se développent au service de cette politique nataliste. L'Office nationale de l'enfance dicte sa mission à la mère, l'informe et la charge de mille responsabilités pour réussir l'éducation et le développement de l'enfant. Les débats politiques de l'entre deux guerres portent aussi sur l'avantage fiscal à octroyer au ménage dont la mère reste au foyer, sur la taxation particulière du revenu de l'épouse travailleuse ou sur l'octroi d'une allocation de la mère au foyer.

Parallèlement, de nouvelles pratiques se généralisent avec la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Les femmes accouchent de plus en plus dans les cliniques et les centres hospitaliers, devant des médecins, principalement masculins, faisant fi de la pudeur et de

(7) Hedwige Peemans-Poullet, « Féminisme et contrôle des naissances » dans *Corps de femmes*, pp. 131-157.

(8) Karen Celis, « Avortement les femmes décident !. les femmes bruxelloises et l'avortement (1880-1940) » dans *Les cahiers de la Fonderie*, n°22, juin 1997, pp. 12-15.

(9) Marie-Sylvie Dupont-Bouchat, « Le corps violenté » dans *Corps de femmes*, pp. 65-96.

(10) Hedwige Peemans-Poullet, « Féminisme et contrôle des naissances » dans *Corps de femmes*, p.118.

la retenue qui leur avait été si péniblement inculquée. Les maris acceptent cette nouveauté. Les sages-femmes, dépossédées et exclues de ces lieux, voient leur part de marché et leur revenu se réduire et se replient vers d'autres tâches, nettement plus dangereuses pour elles.

Le temps des mesures de coercition

Après les mesures de soutien à la maternité, vient le temps des mesures de coercition. La loi du 20 juin 1923 modifie les articles 383 et 384 du Code pénal qui, à l'instar de la loi française de 1920, réprime la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle. C'est une première mesure. Désormais sont interdites la libre exposition, la distribution de moyens anticonceptionnels ainsi que le libre commerce et la publicité de tout procédé abortif. L'Etat renvoie donc au bouche à oreille, à la clandestinité et au réseau, la transmission des informations concernant les moyens contraceptifs et les possibilités d'avortement. C'est sans doute là une des causes de la rupture dans la transmission d'un savoir féminin autour de la maîtrise de la fécondité, entre les générations de femmes, entre le XIX^{ème} siècle et le XX^{ème} siècle.

Pendant toute l'entre-deux-guerres, la politique nataliste exerce une pression continue sur le corps des femmes et valorise le statut de la maternité. Mais les femmes résistent. Jamais le niveau de natalité ne retrouvera son niveau d'antan. L'interruption de grossesse restera un moyen pour arrêter une fécondation non désirée. Karen Celis constate que Bruxelles se tailla même une réputation d'anonymat et de qualité de service avec des « avortariums » qui se développèrent pendant ces années d'occultation¹¹.

Mais la menace pèse, - la dénonciation et la répression ne sont jamais très loin - la lutte contre l'avortement s'intensifie au mépris des femmes et surtout des « sages femmes ». Marie-Sylvie Dupont-Bouchat cite un extrait du discours du procureur général, le Vicomte Terlinden, comme reflet d'une opinion qui régnait. Il dira sans sourciller : « le jour où il sera avéré

que l'avortement est devenu une opération dangereuse et qu'on risque d'y laisser sa peau, le nombre d'avortement diminuera dans des proportions considérables. C'est parce que les femmes savent qu'actuellement somme toute, on en réchappe presque toujours et en tous cas, si cela tournait mal, que le médecin attaché à l'établissement interviendra, qu'elles s'y risquent. Le jour qu'elles sauront que le péril est grand, elles ne l'affronteront plus et il est même probable que bien des maisons renonceront à leur infâme métier, devenu trop dangereux »¹². Face à l'éloge de la maternité, les organisations de femmes se démarquent difficilement par rapport aux trois familles politiques traditionnelles. Seule l'association féministe « le Groupement belge de la porte ouverte » prend quelque distance et plaide pour une maternité consciente¹³. La maternité consentie est, pour la doctoresse Estelle Godstein (1934-1935), un pas essentiel pour parler d'égalité entre les hommes et les femmes. Elle fait référence à la double morale et à la perception différenciée des uns et des autres : « L'idée de stérilisation des malfaiteurs ou des anormaux fait se cabrer bien des hommes. Ils frémissent à l'idée que certains d'entre eux ne seraient plus laissés maîtres de leurs facultés génésiques. Mais ces mêmes hommes, en général, n'admettent pas que la femme puisse être maîtresse des siennes. » Elle revendique la vente libre des moyens contraceptifs, l'éducation sexuelle, des cliniques de sexologie, l'avortement légal dans certains cas¹⁴.

Dans ce concert de louange à la mère au foyer, au sein du mouvement des Femmes prévoyantes socialistes, une voix s'élève pour revendiquer la maternité libre, celle d'Alice Heyman : « Je pense qu'on doit être libre de devenir mère ou non et que de ce fait, une femme doit juger elle-même si elle s'assurera contre ce risque ». Elle ajoute qu'un homme qui estime pouvoir prendre une femme pour s'occuper de son foyer, doit pouvoir lui payer une assurance maternelle¹⁵. Peu après l'adoption de la loi de 1923, les Femmes prévoyantes socialistes se penchent sur cette question de la maternité consciente. Préoccupées par les conséquences désastreuses des avortements, elles ouvrent à Bruxelles la première consultation conjugale qui met en garde contre les conséquences néfastes de l'avortement. Elles préconisent l'examen

(11) Karen Celis, *Abortus in Belgique, 1880-1940 La fonderie*, p. 15.

(12) Extrait du discours du procureur général Vicomte Terlinden, à l'audience solennelle de rentrée de la Cour de cassation de Belgique, le 1^{er} octobre 1924 cité par Marie-Sylvie Dupont-Bouchat, « Le corps violenté », dans *Corps de femmes*, p. 91.

(13) Eliane Gubin et Valérie Piette, « La politique nataliste de l'entre-deux-guerres » dans *Corps de femmes*, p. 128.

(14) Hedwige Peemans-Poullet, « Féminisme et contrôle des naissances » dans *Corps de femmes*, p. 152.

(15) Hedwige Peemans-Poullet, « Féminisme et contrôle des naissances » dans *Corps de femmes*, p. 147.



prénuptial, donnent des informations sur les maladies des femmes, des conseils sur la psychologie et l'hygiène du mariage. Quelques socialistes commencent à parler du partage des tâches familiales et ménagères. En concluant son analyse sur les politiques natalistes dans l'entre-deux-guerres, Hedwige Peemans-Poullet constate que « la réconciliation des femmes avec la vie sexuelle n'est pas encore à l'ordre du jour du moins dans les publications des organisations des femmes et des organisations féministes. Elle constate un décalage entre les auteur-e-s féminines et les femmes engagées dans la société et se pose la question : faut-il réellement attendre la pilule puis la révolution libertarienne de mai 68, avec ses nouveaux déboires pour les femmes pour connaître cette libération sexuelle ? »¹⁶.

Mon corps m'appartient !

Toutes les analyses convergent et constatent que la pilule, les moyens contraceptifs hormonaux, ont libéré la femme de l'angoisse d'être enceinte et lui ont permis de chercher le plaisir dans ses rapports avec les hommes, d'autant plus que son partenaire renvoyait souvent à sa seule responsabilité le fait d'être enceinte. Désormais, il n'y a plus cette épée de Damoclès en permanence sur sa tête et l'angoisse d'être fécondée s'estompe. La maîtrise de la procréation change de camp. Désormais la décision est entre les mains de la femme qui gère ainsi sa fécondité et son désir d'enfant, une véritable révolution en soi ! La libéralisation de la sexualité ou plutôt les libérations sexuelles qui ont conduit à une sexualité sans procréation, sans âge et sans normes, serait-elle, pour reprendre les propos d'Edgar Morin, la « seule bonne nouvelle des temps modernes »¹⁷.

Le champ à couvrir est immense. En 1955, deux centres de planning familial et d'éducation sexuelle s'ouvrent en Flandre. En 1962, un groupe d'hommes et de femmes progressistes, s'inscrivant dans la mouvance laïque installée « la Famille heureuse » à Bruxelles, dans la commune de Saint-Josse-Ten-Node. Les statuts sont rédigés avec soin pour respecter la loi de 1923. D'autres centres de planning familial et d'éducation sexuelle suivront dans tout le pays.

Ils seront bientôt soutenus politiquement et financièrement. L'arrêté royal daté du 17 avril 1970 accorde l'agrément et l'octroi de subventions aux centres de planning familial par le ministère de la Santé publique et de la Famille¹⁸. Certains milieux catholiques s'ouvrent à la question de la parenté responsable et organisent des consultations de conseil conjugal pour informer les couples et les accompagner dans une pratique de la contraception. La Ligue des familles s'inscrit aussi dans ce mouvement.

L'usage de la pilule passe de 7 % en 1966 à 39 % en 1983. Les autres moyens contraceptifs efficaces (chimiques et mécaniques) et la stérilisation sont de plus en plus pratiqués. Le poids de la loi de 1923 interdisant toute publicité pour les moyens contraceptifs freine cette prise de conscience et maintient le public dans l'ignorance des méthodes contraceptives modernes. En 1965, le Centre de la population et de la famille rattaché au ministère de la Famille¹⁹, mène une enquête sur l'utilisation de la contraception en Belgique. Elle fait apparaître que le recours à des pratiques contraceptives est presque universel (plus de 90 % des couples). Les non utilisateurs sont essentiellement des couples jeunes, mariés depuis peu et n'ayant pas encore d'enfant ou des couples subfertiles. Mais la même enquête fait aussi apparaître l'importance persistante et parfois croissante de méthodes anciennes comme le coït interrompu (40 %), la continence périodique ; les moyens chimiques ou traditionnels (pessaires, condoms, gelées) restent peu utilisés. Par contre, la contraception orale a largement progressé, grâce à la publicité qui lui a été faite mais aussi probablement parce que cette méthode est beaucoup plus acceptable psychologiquement. L'influence du milieu social et du niveau d'instruction reste très marquée sur le choix d'un moyen contraceptif et sur la source d'information en la matière. Sur l'ensemble des couples, moins de 25 % recourent à un médecin pour pratiquer le contrôle des naissances. Comment s'étonner alors du nombre important de naissances non désirées ? écrit Monique Rifflet. Selon cette même enquête, la première grossesse serait non désirée dans 33 % des cas, la deuxième dans 50 % et la troisième dans 62 % des cas. « Parce qu'une vague réprobation s'attachait encore à tout le domaine de la sexualité, parce que des craintes existaient devant

(16) Hedwige Peemans-Poullet, « Féminisme et contrôle des naissances » dans Corps de femmes, p. 156.

(17) Cité par Françoise Thébaud, dans Histoire des femmes, sous la direction de Georges Duby et Michelle Perrot, édition Plon, Paris, 1992, volume 5, Le XX^{ème} siècle, p. 376.

(18) Voir Denise Keymolen, Pas à Pas, Histoire de l'émancipation de la femme en Belgique, Bruxelles, cabinet du secrétaire d'état à l'Emancipation sociale, 1991, pp. 91-93, et Magda Michielsens, 175 ans de femmes. Egalité et inégalités en Belgique. 1830-2005, Bruxelles, Conseil de l'égalité des chances entre hommes et femmes, 2006, pp. 121-130. « La notice sur Monique Knauer-Rifflet, le planning familial » dans Suzanne Van Rokeghem, Jeanne Vercheval-Vervoort et Jacqueline Aubenas, Des femmes dans l'histoire en Belgique, depuis 1830, Bruxelles, Editions Luc Pire, 2006, pp. 197-198.

(19) C'était Marguerite De Riemacker-Legot (CVP-PSC) qui était de 1965 à 1969, ministre de la Famille et du Logement.

les conséquences possibles d'une dissociation de la sexualité et de la reproduction, le public aussi bien que le corps médical n'arrivaient pas à aborder franchement et rationnellement le problème du contrôle des naissances. Loin de solliciter en temps opportun un conseil médical éclairé en face des méthodes possibles du contrôle des naissances, les couples s'informaient à la sauvette et transmettaient de génération en génération la pratique du coït interrompu, de la méthode Ogino, et moins souvent l'usage du contraceptif masculin ou de la douche vaginale. Ces diverses méthodes d'une efficacité douteuse... entraînaient le plus souvent à la fois des conceptions involontaires et une vie sexuelle angoissante et médiocre »²⁰.

Cette objectivation des pratiques contraceptives, conjuguée avec la pression du mouvement féministe pour la libéralisation partielle de l'avortement (première journée des femmes, 11 novembre 1972) et une opinion publique choquée par l'arrestation du Dr Willy Peers, le 13 janvier 1973, poussera le Gouvernement à abroger, en 1973, la législation répressive et absurde datant 1923. « Cela doit s'accompagner » écrit Monique Rifflet « d'une campagne d'information auprès de la jeunesse en vue d'une parenté responsable, l'école pourrait jouer un rôle moteur mais également les institutions comme l'Office nationale de l'enfance ainsi qu'une collaboration active des médecins par une politique de médecine préventive... Tout cela prendra du temps et risque de se heurter à des résistances conservatrices ou au contraire à une conception romantique et anarchisante de la liberté qui accompagne parfois, chez les jeunes, la révolution sexuelle actuelle »²¹. Tout va au contraire très vite. Avec, en arrière fond, le mouvement étudiant de mai 68, la contestation de l'ordre, de l'autorité, du pouvoir, des filles en pantalon et des garçons aux cheveux longs s'embrassent dans les rues sans honte. Pour la première fois dans l'histoire de la mode apparaît un modèle unisexe et la jeunesse, avec sa façon de s'habiller, de s'aimer, de se parler, de vivre, influence peu à peu toute la société qui évolue vers la mixité²².

Mon histoire sans grande importance, me semble néanmoins révélatrice de cette époque et des contradictions qui la traversaient. Je retrouve dans ma propre

situation beaucoup de faits soulevés par Yvonne Knibiehler, quand elle pointe dans son ouvrage, *La sexualité et l'histoire*²³, les évolutions rapides et radicales qui se sont passées en ces quelques années dans le comportement des jeunes femmes.

Si sur les pavés résonnaient les cris de révolte contre l'ordre bourgeois, les féministes quant à elles, scandaient parallèlement :

« Révolutionnaires de tous les pays, qui lave vos chaussettes ? ».

J'ai grandi avec cette image.

Adolescente en 68, née dans un milieu catholique ouvrier pratiquant, fréquentant un enseignement libre catholique bourgeois, non mixte, où le code vestimentaire marquait la distinction sexuée du genre.

Le port de la jupe bleue marine était obligatoire. Le pantalon fut toléré à partir de l'hiver 70-71, pendant les grands froids²⁴, avec une jupe, ensuite sans. En 1973, son port était autorisé sans restriction et toute l'école se retrouvait en jeans. L'éducation sexuelle était réduite à sa plus simple expression. La question de la sexualité elle-même était non dite ou estimée connue. Des enseignantes, croyant bien faire, évoquaient nos savoirs supposés : vous, vous connaissez les moyens contraceptifs, la pilule, la méthode Ogino... Aucune d'entre nous ne savait et puisque nous étions censées savoir, nous nous taisions dans toutes les langues. Voilà comment l'éducation sexuelle est entrée dans l'école, sur un malentendu.

Autre circonstance, autre expérience.

C'était le temps de rassemblements comme « Le temps des cerises », des slogans qu'on adorait « Faites l'amour pas la guerre » sur un fond de guerre du Vietnam qui n'en finissait pas, des camps de vacances et des parcours européens en stop avec sac à dos, entre copains et copines... A dix huit ans, j'ai sonné à la porte d'un gynécologue lui expliquant que je voulais partir avec mon sac et un copain. Il m'a regardé de haut (et donc pas examinée) en me disant : Vous voulez vous marier ? Il m'a renvoyé avec une vague prescription, inintelligible,

(20) Monique Rifflet, « *Le planning familial en Belgique* » dans *Ceci (n')est (pas) mon corps*, Les CAHIERS du GRIF, n°3, juin 1974, pp. 80-82.

(21) Monique Rifflet, *Le planning familial en Belgique*, p. 82.

(22) Florence Montreynaud, « *La libération sexuelle* » dans *Aimer, un siècle de liens amoureux*, Éditions du Chêne-Hachette-Livre, Paris, 1997, p. 290.

(23) Yvonne Knibiehler, *La sexualité et l'histoire*, Odile Jacob, Paris, 2002, 265 pp.

(24) *Beaucoup d'élèves venaient en vélo à l'école ce qui explique sans doute cette entorse.*



la conscience sans doute tranquille. Heureusement, j'ai rencontré la Free clinic et toute son équipe. Alors que nous avions là un moyen à 100 % efficace pour maîtriser notre fécondité et vivre notre sexualité, il n'était pas facile d'y accéder. L'information n'était pas très disponible, les médecins restaient fortement imprégnés de moralisme ; la pilule était non remboursée et donc chère pour le budget de l'étudiante que j'étais. Il y avait moyen de faire nettement mieux mais cela supposait une intégration des moyens contraceptifs dans la sécurité sociale, des programmes d'éducation adaptés et une réflexion sur la mixité dans l'éducation, qui mûrissaient pourtant parallèlement à cette époque. Il y avait donc un décalage entre le possible et le réel. Le politique n'était pas à la hauteur de la liberté qui s'offrait à nous. Pour cette première génération, la libération sexuelle n'était certainement pas synonyme de débauches des corps mais plutôt de rencontres et d'expériences multiples. Notre éducation, la réserve, la pudeur, la prudence, la découverte de son propre corps exerçaient un filtre. Nous n'avions pas envie de gâcher tout cela. Mais au delà des plaisirs des sens, il y avait une libération plus forte que la simple relation sexuelle. Il s'agissait de lever des tabous, de supprimer les carcans, de croquer librement dans la vie : vie en communauté, vie en couple, refus d'entrer dans l'institution du mariage, les enfants on verra plus tard, sauvegarder cette part de liberté qui s'offrait à nous. Après quelques années, beaucoup entrèrent dans les rangs, société patriarcale oblige. La naissance des enfants, la pression familiale ou simplement le fait de confirmer une vie en couple interviennent dans cette décision. Mais il faut aussi reconnaître que les avantages fiscaux, les droits dérivés, la transmission du patrimoine, les pensions légales ou extra légales... sont de forts incitants. On commence à calculer avec l'âge.

1972. Le petit livre rouge des femmes

Avec le slogan « le privé est politique », les féministes des années 70 révolutionnent le champ politique, et pas que celui là d'ailleurs. Elles passent en permanence de l'un à l'autre. Le premier texte du mouvement néo féministe que nous épingleons est « *Le petit livre rouge des femmes* »²⁵. Dès la première page le ton est donné :

*Ce n'est plus une évolution, mais une révolution qui est annoncée*²⁶.

Refusons une famille, une société qui se maintient par des relations de domination, créons des relations libres !

Je ne suis pas une marchandise, je ne suis pas une bonne à tout faire, je suis moi.

Pour eux : une femme = un objet à baiser. Nous ne sommes pas des objets. Nous sommes des personnes et pouvons avoir d'autres rapports avec les hommes que les rapports sexuels.

Il faut conquérir le droit à la camaraderie entre les sexes, droit de sortir sans être importunée.

Aimer son corps, aimer les corps... Il n'y a pas qu'une façon d'aimer.

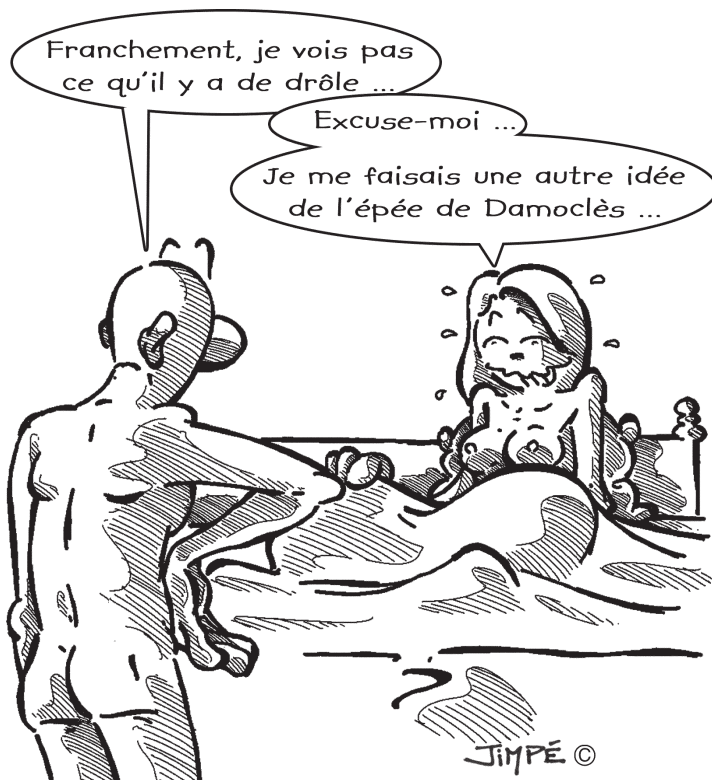
Les mots s'enchaînent. Entre exemples et témoignages, la parole se libère, explique, explique.

Les femmes veulent aimer, être aimées, caresser, arrêter de faire semblant, avoir la liberté et l'imagination de l'amour. « *Non* », écrivent-elles, « *nous ne sommes pas frigides. Notre sexualité est aussi forte, aussi normale, aussi bonne que celle des hommes* ». Les tabous sont dénoncés, la virginité contextualisée : « *c'est toi qui doit pouvoir choisir* ».

Deux pages entières sont consacrées à la présentation des organes génitaux de la femme, aux cycles, aux méthodes contraceptives. Pour être maître de son corps, il faut le connaître, le comprendre, l'approprier. Les méthodes contraceptives sont rappelées. Celles qui marchent, celles qui ne marchent pas. L'article 383 du Code pénal est évoqué : « est puni quiconque expose, vend, distribue des écrits, imprimés ou non, qui divulguent des moyens d'empêcher la concep-

(25) *Le petit livre rouge des femmes*, Bruxelles, Editions Vie ouvrière, 1972, 46 p. Pour la genèse de cette expérience voir Marie Denis et Suzanne Van Rokeghem, *Le féminisme est dans la rue. Belgique 1970-1975*, Bruxelles, POL-HIS, 1992, pp. 71-73 et la note sur Marie Denis, « le Petit livre rouge des femmes » dans Suzanne Van Rokeghem, Jeanne Vercheval-Vervoort et Jacqueline Aubenais, *Des femmes dans l'histoire en Belgique*, depuis 1830, Bruxelles, Editions Luc Pire, 2006, p. 217.

(26) *Plutôt que des citations, il s'agit de titres ou de phrases mises en évidence dans le texte avec une graphie particulière. La mise en page étant originale et peu classique (à l'image du mouvement néo-féministe qui démarre), il est difficile de faire des renvois précis au texte. Nous invitons le lecteur, la lectrice à se plonger dans cet opusculé.*



(27) Elle se continuera sous une autre forme et sous la seule responsabilité de Françoise Collin, dans les années 80, à partir de Paris. Elle n'est plus à ce moment là l'expression du mouvement féministe francophone belge.

(28) Jacqueline Brau, Féminisme et politique en Belgique francophone. L'histoire du GRIF, le Groupe de recherche et d'information féministes, 1973-1978, *Mémoire*, Paris, Université de Sorbonne Nouvelle, 2004-2005.

tion, en préconisent l'emploi ou fournissent des indications sur la manière de se les procurer ou de s'en servir ». Avec la publication de la liste des centres de plannings familiaux, *Le petit livre rouge* contrevient à la loi.

J'épingle au passage ce conseil qui m'aurait fait du bien si j'avais eu le petit livre rouge sous la main : « Si ton médecin te fait la morale et refuse de t'aider, dis-lui zut et tâche d'en trouver un autre. Rassure-toi, il y en a de chouettes qui ne se prennent pas pour des confesseurs ou des moralistes parce qu'ils sont médecins ». (p. 22)

La publicité sexiste est également pointée du doigt : la femme doit rester fraîche, belle, enthousiaste, toujours prête à recevoir son mari, se faire les ongles, les lèvres, les yeux, Elle doit ressembler à une femme qui n'existe pas, la femme idéale, la femme fatale, la femme publicitaire... « Nous voulons pouvoir être fatiguées, laides, grosses, nous voulons qu'on nous aime, qu'on nous apprécie pour ce que nous sommes, pour la lutte que nous menons, le travail que

nous faisons, les choses que nous avons dans notre tête, la tendresse que nous avons dans nos cœurs, la force que nous avons dans mains et le monde que nous changerons. Et toi ? (p.26) Les conseils pleuvent : Madame, mesdemoiselles, messieurs... Marre d'être discriminée par notre état civil. Appelez-nous Mesdames, mariées ou non, tout simplement. Portons le nom de notre naissance. Le divorce, le travail, le salaire inégal, le syndicat, le travail ménager, tout ou presque, est passé en revue avec autant de dénonciations, de clin d'yeux, de prises de position. *Le petit livre rouge* se termine sur les pistes de changements, et pas simplement pour atteindre l'égalité avec les hommes dans la société telle qu'elle est présentement :

« Nous voulons des lois qui partent du principe que l'homme et la femme sont égaux... Nous ne voulons pas être dans le même merdier des hommes. Nous voulons une autre société non seulement moins injuste pour les femmes mais aussi une société différente. Notre rôle à nous, c'est de revendiquer la part des femmes, car nous sommes seules à pouvoir expliquer nos propres aspirations. Nous lutterons pour obtenir satisfaction comme les noirs luttent contre la ségrégation, les esclaves pour leur liberté, les colonisés pour leur indépendance. Ce combat ne sera pas le dernier car cette société nous n'en voulons pas, nous refusons de nous y intégrer. » (p. 43)

La première édition du *petit livre rouge* fut épuisée en un jour, le 11 novembre 1972. Il atteindra le chiffre record de 15.000 ventes en quelques mois. La version néerlandaise, réalisée par Chantal De Smet, connaîtra le même succès.

Ceci (n')est (pas) mon corps

En 1973, *Les Cahiers du GRIF* sortent de presse. Née d'une idée de Françoise Collin, la revue est le fruit d'un travail collectif fait de débats, de rencontres, de discussions. Cette revue qui paraît de 1973 à 1978²⁷, est véritablement le lieu de l'expression du néo-féminisme belge francophone des années septante. L'analyse que Jacqueline Brau²⁸ vient d'achever sur une première étude sur les *Cahiers* me sert de



fil conducteur pour les lignes qui suivent même si, depuis des années, et avec toujours autant de bonheur, je lis et relis les quelques 19 numéros parus qui sont une mine d'idées, de propositions et de prises de positions féministes.

La revue traite de trois grands thèmes : le féminisme, les questions de production et de reproduction et le rapport à soi et aux autres. Jacqueline Brau regroupe dans ce troisième thème les *Cahiers* qui concernent le rapport spécifique des femmes au corps, au langage, à la sexualité mais aussi à leur environnement et à l'influence à y exercer. Elle note : « Les *Cahiers* consacrés à l'intime dévoilent le privé dans une démarche non pas impudique mais réflexive : Qui suis-je ? Où suis-je dans mes rapports au corps, à la maternité, au langage ? Elles [les auteures] opèrent une démarche révolutionnaire car elles affirment que l'intime/le privé sont en réalité déterminés par le politique et que ces deux domaines, en apparence distincts, sont étroitement interdépendants. Une analyse du privé permet donc d'élargir et d'approfondir l'analyse politique »²⁹. De fait, les trois premiers numéros traitent chacun d'un de ces thèmes : *Le féminisme pourquoi faire ? - Faire le ménage, c'est travailler - Ceci (n')est (pas) mon corps*. C'est sur ce dossier que je vais m'arrêter quelque peu pour analyser le renversement à l'œuvre dans le néo-féminisme autour de la sexualité et du plaisir de la femme, et de l'homme, comme condition essentielle de toutes les autres émancipations attendues.

« Ce corps nous l'avons subi, maîtrisé, opprimé, modelé... Ce corps a été méprisé, instrumentalisé, châtré. Il a été et est un lieu de convoitise et de marchandage... Peut-être nous laissons-nous faire parce que la vie toujours nous avait traversées sans que nous ne puissions la maîtriser mais aujourd'hui que nous disposons des moyens de contrôler notre fécondité, nous avons acquis la maîtrise première de notre corps, celle qui conditionne toutes les autres. Le reste suit la connaissance et l'assomption de notre organisme, de notre sexualité, notre action sur nos conditions de vie, de travail. Parce que nous avons commencé à prendre possession de nous, nous sortons de nous, nous sommes dehors »³⁰.

Le premier article³¹ est de la plume de Françoise

Collin. Elle fait la synthèse des discussions des réunions de groupe. C'est un mode habituel d'écriture au Groupe de recherche et d'information féministes (GRIF). Elle dénonce la société des mâles qui a façonné à sa convenance le corps des femmes... à travers la norme de la bienséance, de la morale et de l'esthétique. Or, constate-t-elle, si une certaine libération se dessine, quand les interdits sociaux et moraux s'estompent, d'autres carcans prennent le relais : la virginité ou la fidélité inconditionnelle pour les femmes, le look et le paraître qui emprisonnent à nouveau le corps. Son approche s'enrichit d'une analyse marxiste de l'exploitation. Si le corps de l'homme est exploité comme corps producteur au sein d'un mécanisme socio-économique qu'il ne contrôle pas, celui de la femme est quant à lui exploité triplement :

- comme corps producteur également au travail ;
- comme corps reproducteur puisqu'elle fournit à la société sans contrepartie les enfants dont celle-ci à besoin, sans avoir le droit de décider elle-même ;
- comme objet sexuel enfin, comme objet de consommation livré au bon plaisir de l'homme et dont jusqu'il y a peu, le droit de jouissance n'était même pas reconnu, objet parmi les objets, que l'on s'approprie pour un temps, pour longtemps....

Il faut donc connaître son corps, se l'approprier pour soi avant de l'être par les autres. Il ne s'agit pas d'inverser le rapport de domination ou de subordination, homme/femme mais bien de le dépasser.

La question de la liberté sexuelle est au cœur de la réflexion. Quelle liberté ? s'interrogent Marie Denis et Denise Loute³². « Ni l'abandon de l'interdit, ni la découverte des méthodes contraceptives efficaces, ne sont en soi une liberté, mais ils sont une ouverture, la possibilité. » Le danger est grand de se voir confisquer à d'autres fins cette liberté émergente. « Cependant, remarquons que toute possibilité nouvelle est toujours capturée d'abord par les gens en place, ceux qui sont déjà là possesseurs et à l'affût de nouveaux pouvoirs. Ce sont ceux qui ont déjà pleins de moyens qui s'en emparent et non ceux qui n'avaient encore rien ou très peu de chose. Si la liberté sexuelle consiste en ce qu'un certain nombre d'hommes s'emparent ou

(29) Jacqueline Brau, *Féminisme et politique en Belgique francophone...* pp. 51-52.

(30) Préface dans « Ceci (n')est (pas) mon corps », Les Cahiers du GRIF, n°3, juin 1974, p. 3

(31) Françoise Collin, *Le corps v(i)olé dans « Ceci (n')est (pas) mon corps »*, Les Cahiers du GRIF, n°3, juin 1974, pp. 5-21

(32) Marie Denis et Denise Loute, *Le corps restitué dans « Ceci (n')est (pas) mon corps »*, Les Cahiers du GRIF, n°3, juin 1974, pp. 22-31.

font la conquête d'un certain nombre de femmes, plus ou moins consentantes, ceci n'a rien de nouveau. Simplement, ce système a aujourd'hui l'occasion de s'étendre davantage grâce aux possibilités contraceptives qui écartent la crainte de grossesses et diminuent dans la même mesure les interdits. On dit souvent que la liberté est la possibilité de choix, la liberté sexuelle ce serait donc la possibilité de choix. Cette liberté suppose aussi de l'espace et du temps pour en jouer, de l'audace et de l'imagination pour ne pas tomber dans des modèles clés sur porte, pensés par d'autres, mais dont personne ne sait s'ils nous conviennent. Les lesbiennes », écrivent-elles, « donnent ici une leçon de courage, non seulement pour braver une société qui les refuse mais elles osent penser un monde où l'homme n'est pas absolument nécessaire, ce qui fait scandale ». Ce n'est pas là la seule manière d'aimer mais cela doit nous aider à oser penser un autre monde. Dès lors « retrouver son corps, c'est retrouver la part du corps qui est restée dans l'ombre, le partage des rôles dans tous les domaines : une fille qui manœuvre une grue, un garçon qui s'occupe d'une crèche, un homme soignant son vieux père, cela développera chez les uns et les autres, des dons, des possibilités du corps qui avaient été jusqu'à présent mis sous le boisseau dans le but de faire d'un homme un être de conquête et d'une femme, un lieu de patience. De telles retrouvailles avec la part cachée de soi-même vont nécessairement transformer nos relations réciproques mais beaucoup s'accrochent à leurs habitudes comme à un vieux portemanteau »³³.

Le numéro accorde une place importante aux textes et témoignages sous des formes diverses : poésie, récits, faits divers, autant de regards pluriels sur cette réalité qu'est le corps, son corps, leurs corps : la naissance, le sang, la sororité, le corps violé, sifflé, la parole des prostituées, des lesbiennes, le plaisir, la frigidité, un corps de femme dans un habit d'homme, le désir,...

La troisième partie de ce *Cahier* aborde un angle plus scientifique avec le détour obligé par la psychanalyse et la sexualité féminine où l'auteure Luce Irigaray passe en revue les grands théoriciens. Elle questionne cette science sur sa manière de concevoir la « destinée » des femmes, qui tient si peu compte du contexte

culturel, économique et politique qui lui donne sens. Les enjeux de la fécondité sont abordés à travers un entretien où le gynécologue Férin, professeur et chercheur dans le domaine de la fécondité, à l'université catholique de Louvain, aborde la perspective d'une dissociation entre le corps de la femme, comme lieu de fécondation et comme abri du développement de l'embryon : « Ce lien avec la fécondité ne se fera plus inévitablement. Ceci constitue à mes yeux un profond changement de mentalité et une véritable libération pour la femme »³⁴. La formation du sexe dans l'espèce humaine est de la plume d'une biologiste, Paulette Van Gansen³⁵, professeur à l'université libre de Bruxelles, qui partant de l'ouvrage pionnier *Le Deuxième sexe* de Simone De Beauvoir et de son constat : « on ne naît pas femme, on le devient », ouvre le débat sur le genre biologique de l'être humain. Elle reconnaît qu'il est difficile de distinguer le poids génétique du conditionnement culturel dans l'affirmation sexuelle mais elle ne peut oublier qu'être femme « c'est aussi avoir certaines glandes, certaines sécrétions, certaines formes qui influencent notre comportement comme celui de tout animal. C'est accepter son corps, avec toutes ses extraordinaires possibilités, comme source de joie, à travers les âges de la vie ». Autant de beaux débats qui s'amorcent et qui interpellent les féministes !

Pour cette nouvelle génération qui veut vivre sa sexualité autrement que les générations précédentes, la relation sexuelle n'est plus liée au mariage, à la monogamie, à la procréation mais au plaisir et à l'expérimentation. Certains tentent de briser l'enfermement du couple avec la création de communautés de couples³⁶. Mais cette libération pour les femmes qu'est la maîtrise de la fécondité, si elle permet la dissociation entre sexualité et procréation et de nouvelles explorations dans la jouissance, n'empêche pas l'émergence de nouvelles questions. C'est une révolution mentale et sociale, pas uniquement sexuelle qui rejaillit sur les valeurs et sur les rapports entre les sexes. La contraception facilite les relations sexuelles, mais ne dit encore rien sur les relations affectives entre l'homme et la femme et sur cette révolution des rapports de genre qu'elle va engendrer. La question de l'amour libre n'est pas nouvelle. Elle traverse nos sociétés depuis

(33) Marie Denis et Denise Loute, *Le corps restitué*, p. 31.

(34) La fécondité dans l'avenir, *Propos recueillis par Brigitte Gallez*, p. 67

(35) Paulette Van Gansen, *La formation du sexe dans l'espèce humaine*, *idem*, pp. 68-72.

(36) Voir « Utopies sexuelles », dans Clio. Histoire, Femmes et Sociétés, n° 22/2005 avec un témoignage rapporté par Christine Bard, « Fafan, l'utopie devenue réalité ? » pp. 211-217.



l'antiquité jusqu'à nos jours, comme le met si bien en évidence le numéro de *Clio* consacré aux « utopies sexuelles »³⁷. La libération sexuelle avec la disparition de la peur d'une grossesse non désirée, signifiait pour beaucoup d'hommes, simplement, la liberté de profiter du corps des femmes : Te voilà enfin libre de faire ce que je veux, comme je le veux ! Comme si une femme libre sexuellement était celle qui acceptait toutes les avances sexuelles.

Penser le monde autrement sur base d'un principe d'égalité

Qu'est-ce la véritable libération sexuelle ? s'interroge Hedwige Pouillet-Peemans dans le numéro de *La Revue nouvelle*, « Naissance de la femme »³⁸ consacré au nouveau féminisme. Elle constate que la théorie de la Révolution sexuelle conjugée à la théorie de la fin de la famille empêchent certaines femmes de se dire féministes.

« Oui », écrit-elle, « nous critiquons tous les éléments de la morale sexuelle traditionnelle ». La sexualité sera libérée lorsque la relation sexuelle reposera sur le seul sentiment amoureux, sur l'attrait réciproque de deux êtres perçus dans leur intégralité et leur autonomie. Elle sera dégagée d'un certain nombre de phénomènes parasites et dissociée de la fonction de reproduction au sens large. Pour la femme, la libération sexuelle suppose au préalable une réappropriation non seulement de son propre corps mais de tout son être : « La finalité de toute libération sexuelle est, bien sûr, le plaisir. Pas n'importe quel plaisir. Nous ne voulons pas seulement ce plaisir modeste et limité qu'est l'orgasme mais le plaisir envahissant et global d'un corps réconcilié d'abord avec notre moi, puis avec l'autre et la nature. Nous voulons un bien être moral et physique, psychologique et sensuel, un plaisir où se trouve impliquée la totalité de notre être. Nous voulons ce bien être, ce plaisir joyeux, maintenant, tout de suite, pour nous-mêmes et pour le plus grand nombre possible »³⁹.

Mais une libération véritable qui est par définition totale, est radicalement impossible dans une société fondée sur l'inégalité sociale et la

hiérarchie de pouvoirs et elle critique cette fausse interprétation de la libération sexuelle qui ne change en rien les rapports sociaux entre les sexes mais renforcent les écarts : Nous disons donc dès à présent que des modifications de détails, des aménagements de la morale sexuelle ne sont que des libéralisations... Dans une société d'inégalités en effet, toute liberté se traduit par un avantage inégal pour les parties en présence. Il en va de la liberté sexuelle comme des autres libertés (liberté de travail, liberté d'expression). Elle bénéficie plus au dominant qu'au dominé. À la femme, elle permet d'échapper à un dominant particulier mais pas au phénomène de la domination. La liberté sexuelle ne peut se comprendre que dans le cadre d'une société profondément transformée « Si nous arrivons à supprimer l'inégalité, des liens de solidarité pourront s'établir, entre les hommes et les femmes qui se sentiront pour la première fois également concernés par le progrès socio-économique, par les responsabilités familiales et domestiques. Alors les formes que prendraient les relations sexuelles auraient peu d'importance et se diversifieraient tandis que la relation elle-même, deviendrait fondamentale parce que pour la première fois l'amour ne serait pas désintégré par la contra-

(37) Selon le titre du numéro de la revue *Clio*. Histoire, Femmes et Sociétés, n° 22/2005 consacré aux formes de vies sexuelles « autres ». Ce numéro passionnant est proposé par Sylvie Chaperon et Agnès Fine.

(38) Hedwige Peemans-Pouillet, La théorie de la libération sexuelle. Analyse et critique dans *La Revue nouvelle*, janvier 1974, pp. 52-60.

(39) Hedwige Peemans-Pouillet, La théorie de la libération sexuelle. Analyse et critique dans *La Revue nouvelle*, janvier 1974, p. 53.



diction intime entre la pulsion érotique et l'hostilité née de l'inégalité »⁴⁰.

Le grand chambardement des années 60 et 70 a libéré les femmes de leur antique subordination, a proscrit les frustrations qu'elles avaient si longtemps endurées. Ces quelques quinze années d'euphorie ont permis des espoirs sans limite. Le mouvement néo-féministe, en mettant au cœur de sa révolte et de son débat le privé et le public, marque une rupture radicale avec les courants féministes qui le précède que l'on pourrait qualifier de réformiste. Il s'agissait pour ceux-ci d'aménager au sein de la société la place des femmes. Le féminisme des années 70 est d'une autre essence. Il conteste les fondements mêmes de la société patriarcale et capitaliste. Il est révolutionnaire, radical, autogestionnaire, et veut, non seulement penser le monde autrement mais le construire sur base d'un principe d'égalité entre les sexes. A partir de là, il faut interroger toutes les structures sociales, politiques et économiques.

(40) Hedwige Peemans-Poullet, « La théorie de la libération sexuelle. Analyse et critique » dans La Revue nouvelle, janvier 1974, p. 40.

(41) Florence Montreynaud, « La libération sexuelle » dans Aimer, un siècle de liens amoureux, Editions du Chêne-Hachette-Livre, Paris, 1997, p. 290.

(42) Yvonne Knibiehler, La sexualité et l'histoire, Les Editions Odile Jacob, Paris, 2002.

(43) voir la campagne Sisley, marque de sous vêtements, en 2001-2002 sur les tramways bruxellois, présentant une jeune femme allongée se masturbant.

L'émancipation sexuelle permettait l'égalité dans le couple et était la condition de toutes les autres émancipations. Ce ne sera pas simple et ce ne l'est toujours pas. La sexualité de la femme se découvre à peine. Le conditionnement à la soumission la marque profondément et ce pour des générations encore : elle est faite pour donner, pour « se donner » à lui, dans l'espoir de « gagner » son amour. Pour quelques-unes qui arrivent à développer une relation d'autonomie et d'indépendance, combien continuent à céder de peur de le « perdre » ou de rester seules ! Quant aux hommes, ils ont parfois du mal à accepter cette nouvelle liberté féminine et ceux qui cherchent à inventer de nouvelles relations, grâce à une sexualité libre et non possessive ne sont pas toujours à l'abri de la jalousie et du contrôle. Il faudra du temps et sans doute beaucoup d'échanges et de bonnes volontés pour arriver à cette union voluptueuse annoncée parce qu'égale entre deux êtres.

La révolution sexuelle est un processus, toujours en cours, qui a fortement secoué la société mais en libérant la parole, celle des femmes en particulier, elle a mis en évidence les rapports entre la sexualité et le pouvoir, révélant un phénomène tu et caché, la violence sexuelle, la

violence intraconjugale, intrafamiliale⁴¹. Mais c'est un autre chapitre à écrire.

C'est l'écume qui a été prise, pas la vague de fond

Les années 80, la fête est finie. Le sexe fait de nouveau peur. Il transmet la maladie, la mort. Les avancées dans la connaissance médicale ouvrent des possibles « impensables » et donc difficile à appréhender. La conjonction des sexes n'est plus nécessaire pour faire un enfant : il y a la procréation in vitro, la sélectivité, le clonage mais, écrit Yvonne Knibiehler, « on a encore besoin des ventres des femmes pour enfanter et pour faire grandir les embryons »⁴². Jusque quand ? La libération sexuelle a secoué le couple, le mariage, la vie à deux, et engendré de nouvelles formes de parentalité. Elle inspire des violences de plus en plus inquiétantes : viol collectif, tournante, prostitution forcée, pornographie de plus en plus sadique. Ces pratiques obtiennent une publicité inimaginable grâce à Internet. La sexualité se banalise, s'instrumentalise à travers un sexisme quotidien de bon aloi et d'une pornographie de bon ton. La publicité dénude et affiche des gestes et des pauses habituellement réservées à l'intimité sur des panneaux de six mètres carré ou sur nos tramways⁴³. Tant pis si vous n'appréciez pas. C'est vous qui êtes désormais ringarde, pudibonde, coincée et autres qualificatifs.

Yvonne Knibiehler dans *La sexualité et l'histoire*, montre combien cette utopie libératrice a marqué des générations de femmes. Elle a ouvert le champ des possibles mais elle constate que le danger qui menaçait la libéralisation sexuelle, s'est concrétisé dans de nouvelles formes d'oppression. Si les féministes ont mis en évidence les rapports sociaux de sexe et que les analyses de genre montrent patiemment les constructions culturelles à l'œuvre dans le féminin et le masculin, force est de constater que ces recherches négligent deux aspects, écrit Yvonne Knibiehler. Il ne suffit pas de le dire pour que les mentalités changent même si on constate des lentes modifications dans les rôles masculins et féminins. Aujourd'hui, la maternité, Hedwige Peemans-Poullet ajouterait



aussi le mariage, pèse encore davantage sur la femme que la paternité sur l'homme. Le deuxième point faible est l'affection que peuvent se porter deux personnes qui s'aiment. Le rapport de séduction, c'est aimer et être aimé. Que de sacrifices au nom de l'amour ? Les femmes sont encore aujourd'hui, plus dépendantes que les hommes, de l'amour, même si là encore il y a des changements perceptibles. La question lancinante est et reste : est-ce que je vais être aimée ?

Loin de renier ou renoncer à cette liberté sexuelle, les comportements individuels ne doivent pas cacher l'être social que nous sommes, même dans nos gestes les plus intimes. Si la connaissance des corps humains est connue et maîtrisée, si la psychologie a mis en évidence les aspirations à la sexualité à tous les âges, pourquoi laisser dans l'ombre les éléments sociaux et culturels qui modèlent si fortement les mœurs et les institutions ? On ne naît pas femme, on le devient. On ne naît pas homme, on le devient. Tout le monde s'accorde pour dire que la féminité et la virilité sont socialement construites. Il est donc impératif d'inscrire cette libération dans un humanisme égalitaire : « je doit traiter autrui avec égards comme je veux qu'il me traite et respecter sa liberté comme il respectera la mienne. »⁴⁴.

C'est l'écume qui a été prise, constate Hedwige Peemans-Poullet, pas la vague de fond. Notre société est restée patriarcale, dominée par un capitalisme sauvage mondialisé, profondément sexiste. Nous sommes loin, malgré les apparences, de l'idéal égalitaire où hommes et femmes seraient partenaires en tout, dans la sphère privé et public, dans la sphère de la production et reproduction et dans l'intimité des relations, qui touche au plus près de la vie. Pour cette révolution là, le politique garde tout son sens. ●

(44) Yvonne Knibiehler, La sexualité et l'histoire, Les Editions Odile Jacob, Paris, 2002, pp. 10-11.

L'Université des femmes rassemble des féministes avec la volonté de développer et de diffuser un savoir féministe accessible à tous et à toutes. Ses travaux et recherches portent sur l'actualité socio-politique en lien avec les femmes. Les principales activités de l'Université des femmes sont la construction d'un savoir féministe et de la bibliothèque féministe Léonie La Fontaine.

Histoire de désir

Entretien avec
Arlette Farge,
historienne et
directrice de
recherche au
Centre de
recherche
historiques de
l'École des
hautes études en
sciences sociales
de Paris.

Propos recueillis
par **Geneviève
Busson et
Elisabeth
Lapeyrade**.

Article paru dans
le revue *Pratique*
n°6 de 1999.

.....

C'est au XVIII^{ème} siècle que la femme se fait « éjecter » de la fonction de soignante qu'elle exerçait jusque là. A sa place va se dresser un pouvoir médical masculin, qui devra composer avec la peur que la femme éveille en lui et le désir qu'il voit en elle. Arlette Farge nous retrace cette histoire et ses implications jusqu'au début du XX^{ème} siècle, une histoire... dont nous ne sommes pas encore tout-à-fait revenus !

.....

Pratiques : Comment l'histoire de la médecine a-t-elle réparti les rôles de la fonction soignante entre hommes et femmes ? Comment le corps médical a-t-il pris pouvoir sur le corps des soignés, dans sa dimension sexuée ?

Arlette Farge : Au XVIII^{ème} siècle, la situation est en pleine évolution. C'est la femme qui est la soignante par excellence : elle accouche, elle « porte » la médecine – les médicaments, les onguents... Donc, elle connaît les plantes mais elle a aussi une pratique forte de tous les maux musculaires ; elle a une approche du corps très grande. Seuls sont hommes, les dentistes – ceux qui arrachent des dents sur le Pont-Neuf – ou les grands médecins à la Cour (dans la société très aristocratique) où ils pratiquent la saignée et autres soins. Ce sont aussi les débuts de la chirurgie, par exemple la césarienne qui commence à être pratiquée à la fin du XVIII^{ème} siècle. En résumé, les actes où on entre dans le corps, l'intrusion chirurgicale à l'intérieur du corps, se font par l'homme, et tout ce qui est soin à l'extérieur du corps, accouchement, soin qui enveloppe mais n'entre pas, se fait par la femme.

C'est une période d'essor extraordinaire pour la médecine. Les femmes, à cette époque, ont un savoir considéré comme très rudimentaire et surtout toujours soupçonné, par les médecins et par l'Eglise, d'être lié à de nombreuses pratiques superstitieuses. Tout l'effort du XVIII^{ème} portera sur le rationalisme des Lumières, sur son exigence de scientificité. Cette époque voit beaucoup d'expériences médicales nouvelles, le magnétisme par exemple, des inventions scientifiques importantes et là, les hommes vont effectivement prendre la place, écarter les femmes. Lorsqu'on le présente de cette manière, on pourrait penser qu'il y a une logique consciente mais non – de fait, les femmes sont reléguées au rang de celles qui doivent avoir l'initiative des soins mais qui ne les prodiguent qu'une fois que le médecin a indiqué la thérapie appropriée. On se méfie beaucoup – on est encore proche des grands procès de sorcellerie – de l'image de la femme sorcière du XVII^{ème} siècle. Au XVIII^{ème} siècle, par ailleurs, on travaille beaucoup sur l'hygiène ; la place de la femme se décale et ce sont les hommes, les médecins, qui prennent cette place.

Dans les très riches archives de l'Académie de médecine, on trouve ainsi d'innombrables rapports de médecins de campagne adressés au Roi, à l'Académie Royale pour expliquer leur combat pour le savoir. Ils sont chargés de tout un progrès manifeste, sans réelle intention de combattre consciemment le pouvoir médical féminin mais ils agissent simplement au nom de la science, au nom du progrès dont ils sont convaincus que les femmes ne peuvent l'incarner. Et ces médecins vont, avec leurs théories sur l'hygiène, sur les humeurs, prendre une importance de plus en plus grande.

D'une façon plus générale, la femme est prise dans une représentation médicale bien particulière. En effet, il faut rappeler ici qu'en ce qui concerne le corps de la femme, on ne sait pas encore, à cette époque, comment fonctionnent les règles. On ne le saura que très tard, vers la fin du XVIII^{ème} ou au début du XIX^{ème}. Cette fonction, cet état régissant les humeurs féminines, sont très impressionnants pour les hommes. L'utérus est considéré comme une sorte de boule toujours en mouvement dans le ventre de la femme, ce qui la rend prisonnière de ses humeurs ; cela, et la méconnaissance du

Mots clefs : femmes,
histoire de la médecine,
sexualité, soins infirmiers.



fonctionnement des règles, donnent quand même – il faut se mettre dans leur système de représentations – une grande étrangeté à ce corps féminin.

On a souvent considéré les médecins de ce siècle comme des « brutaux », ce n'est à mon sens pas le cas. Leur discours n'est pas dévalorisant ; ils ont une espèce de compassion pour ces femmes prisonnières de ce mouvement circulaire incessant, qui tous les mois fait s'écouler leur sang, et pendant le reste du mois est en « révolution » : c'est le terme qu'ils emploient. Cette compassion s'accompagne d'une peur très grande du corps de la femme, et d'une certaine forme de désir. Le médecin ne peut qu'imaginer la femme toujours désirante, parce qu'au XVIII^{ème} siècle, on voit beaucoup de textes médicaux sur le thème : « D'elles, tout peut naître ; d'elles, tout peut venir, les monstres, des accouchements absolument terribles, des enfants à deux têtes... ». C'est l'époque de la monstruosité et c'est vraiment du ventre de la femme que tout peut venir. Tout cela est extraordinairement inquiétant, cette révolution permanente de son utérus, le fait que sans arrêt naissent d'elle des tas d'étrangetés, des humeurs extrêmement difficiles et un désir forcené. Et néanmoins, le médecin est un être qui désire la femme, on peut lire les textes comme essayant de se cacher cette réalité, en rejetant sur l'autre la peur du désir.

Une anecdote glanée dans les rapports médicaux de l'époque illustre bien l'idée que l'on se fait au XVIII^{ème} siècle des humeurs extrêmement changeantes des femmes, humeurs que l'on conçoit aussi comme extrêmement contagieuses. Parce qu'elles sont souvent ensemble, on pense en effet que les femmes se « contaminent » entre elles. L'histoire se passe dans un petit village de Loire, où un médecin est appelé pour une femme affligée d'un hoquet persistant. En fait, ce hoquet devient contagieux – au XVIII^{ème}, les sentiments sont exacerbés : « Imaginez-vous tout un village où toutes les femmes ont une espèce de hoquet, si fort qu'on l'entend depuis un autre village à quelques centaines de mètres... ». On appelle les médecins qui arrivent à cheval et ne savent que faire de toutes ces femmes en hoquet, susceptibles de faire ensuite des crises de convulsions (c'est

l'époque des convulsionnaires de Saint-Médard). Ils vont faire des rapports absolument fous à l'Académie, parce qu'ils éprouvent une peur terrible.

Pour les médecins de ce siècle, c'est cela la femme, celle qui peut contaminer les autres femmes par l'étrangeté de ses humeurs. Ils n'ont pas un jugement négatif, ils sont simplement perplexes face à ce corps en proie à une espèce de stupeur, et qui, dans leur imaginaire, est toujours un corps désirant.

Un autre de ces rapports est envoyé par un médecin demandant aux grands médecins du Roi une explication sur un phénomène étrange dont il est témoin : une jeune femme dont les seins, au moment de ses règles, produisent des petits grains de blé. Il les avait mis dans un petit sac et envoyés, et « lorsque j'ai ouvert le courrier, ils étaient dorés comme au premier jour ! ». Dans sa missive, il emploie ces termes : « ...je vous dis cela parce que j'y crois comme à ma mort et à ma vie ». Les hommes médecins ne sont pas dans la superstition : ils sont simplement convaincus que de la femme, tout peut venir, il peut sortir des grains de blé de ses seins, cela n'étonne personne, comme des enfants monstres.

En même temps, ils ne peuvent imaginer la femme qu'en état de désir et lorsqu'ils vont écarter les matrones et les accoucheuses, ce sera un grand choc pour la pudeur des femmes d'être examinées par un homme. Leurs maris s'y opposeront souvent. Les femmes auront au début l'impression d'être « violées ». Il faut imaginer une société qui n'a jamais connu cela – tous ces gestes étaient faits avec toutes les femmes autour et les hommes absents, dans la cour ou derrière les fenêtres !

Bien sûr, le médecin va s'imposer peu à peu, il possède davantage de science, il est formé à l'université et lorsque les femmes verront les enfants arriver mieux à termes, elles accepteront progressivement son intervention. Mais, en même temps, cela va être un choc psychologique – bien que ce mot soit anachronique pour l'époque.

Lorsque je dis « le médecin ne peut qu'imaginer la femme en état de désir », je prends le sens de désir au sens le plus large : l'idée que, de son

corps, peut tout venir. Mais en même temps, il a peur de reconnaître, en lui, son propre désir. Il y a tout d'abord une part de gêne : pour les hommes, cela n'a pas été simple de « s'introduire » dans le corps des femmes, et en même temps, on est fortement conscient, au XVIII^{ème} quand on est médecin, de sauver l'humanité. On ne peut pas travailler sur le rapport hommes/femmes, médecin/femmes, sans penser qu'à l'arrière plan, il y a toujours l'idée de sauver des vies. C'était une époque terrible, pour un enfant venant au monde, il y en avait tant qui ne survivaient pas, tant de femmes qui mouraient en couches...

hommes n'arrivent pas à un moment donné en se disant : « il faut que nous prenions la place des femmes »...

Ce que je trouve le plus extraordinaire à cette époque, c'est de voir l'état de stupeur masculin devant le corps de la femme. A mon avis, nous en sommes encore héritiers, l'homme est encore stupéfié par le corps de la femme, c'est quelque chose qu'il désire, dont il soupçonne les désirs, qu'il ne connaît pas bien. On rencontre encore des hommes aujourd'hui qui ne savent pas exactement de quelle manière fonctionne le cycle féminin. J'ai fait une enquête sur ce sujet, et je me suis aperçue que certains pensent par exemple que les règles ne durent qu'un seul jour : je ne sais pas comment leurs compagnes arrivent à leur cacher que cela dure plus longtemps !

Le XIX^{ème} siècle devient plus obsessionnel. Tandis que le XVIII^{ème} siècle des Lumières est celui de l'enthousiasme face à une science qui advient, au XIX^{ème} siècle, à partir de la Restauration, se met en place un pouvoir hygiéniste et sanitaire masculin, beaucoup plus intentionnel. C'est un pouvoir fort, relativement dominateur ; Haussmann se met à réguler nos espaces, le pouvoir hygiéniste s'exerce aussi sur les institutions, sur les anormaux ; c'est l'époque du discours sur la dégénérescence, le criminel, la femme criminelle qui, pour les médecins, revêt en quelque sorte les aspects du corps masculin. Toute une théorie s'élabore au XIX^{ème}, basée sur la peur, on ne peut pas dire autrement. Le pouvoir médical se concentre d'une part autour du sale, du criminel donc du dangereux – on passe très vite de l'un à l'autre – et sur la sexualité d'autre part. L'Eglise accompagne largement ce mouvement : le domaine de la confession, de l'aveu, se concentre beaucoup sur la sexualité. Les livres des confesseurs de l'époque révèlent qu'ils demandent aux hommes et aux femmes un nombre de précisions inouïes sur leurs rapports sexuels. D'après ces éléments, on peut caractériser, sans jugement de valeur malsain, le XIX^{ème} siècle comme un siècle obsessionnel.

Bref, le XIX^{ème} est très lourd pour les femmes, fermé, « carcéral ». La Révolution les a exclues du pouvoir politique, des assemblées, alors qu'au XVIII^{ème} elles sont très participantes à la



Pratiques : On dit souvent que c'est la technique du forceps qui a mis l'accouchement entre les mains des hommes...

C'est une idée très répandue dans les premiers discours d'histoire des femmes. Je pense qu'à l'époque elles avaient besoin de revendiquer leur histoire. Lorsqu'on se penche de plus près sur l'histoire médicale, c'est plus complexe. Les



vie publique. De plus, l'industrialisation naissante va établir une non-mixité qui n'existait pas – le XVIII^{ème} est un siècle mixte ; les hommes vont à l'usine, il n'y a plus d'ateliers, mais des industries et les femmes sont beaucoup plus exclues des métiers. On leur demande à ce moment de « rentrer dans la famille » ; c'est un mouvement où privé et public deviennent très séparés, et où la femme est considérée comme gardienne du privé et gardienne de la force de travail de son mari ; et l'homme comme participant à la vie publique.

Cette situation explique en partie le nombre important de vocations religieuses de ce siècle ; les femmes ne vont avoir d'issue sociale que dans la vie religieuse. Il ne faut pas croire qu'elles seront plus pieuses que d'autres ; elles voient là la seule manière autorisée d'accomplir une mission sociale, en tant qu'éducatrice, hospitalière, soignante ; au début du XIX^{ème} siècle, ce sera dans les couvents, chez les sœurs hospitalières, dans les congrégations et progressivement dans les milieux soignants (c'est ainsi qu'en 1848, lors du suffrage universel, on prétendra qu'on ne donne pas le vote aux femmes parce qu'elles sont conservatrices, qu'il y en a beaucoup dans les couvents ; en fait, cela ne se confirmera pas). C'est à partir de là que se forge la figure de la femme infirmière, avec son uniforme, le voile et aujourd'hui la blouse blanche, figure modelée sur la Sainte-Vierge mais qui débouche vite sur la putain : sur le grand fantasme de l'infirmière nue sous sa blouse, lequel se décline à partir de cette apparition de l'infirmière et de la sœur hospitalière. La dichotomie est aussi grande entre le corps féminin sous le contrôle du pouvoir masculin comme cela s'est amorcé au XVIII^{ème} tandis que l'expression de la souffrance, tout ce qui est de l'ordre de la parole, est confié aux femmes.

L'infirmière est soignante, certes, mais elle est aussi parlante, à l'opposé du médecin ; moins ce dernier parle, plus il a de pouvoir. La femme est non seulement celle qui donne les soins rudimentaires mais elle apparaît sous le visage de la consolatrice. C'est une belle figure mais soumise à un ordre, à un pouvoir hiérarchique.

Avec la Grande Guerre de 14-18, va se décupler cette figure de la femme soignante et consola-

trice – les deux allant ensemble – avec son uniforme de religieuse qui la donne pour une vierge consolante. Elle est la seule présence féminine pour les hommes de 14-18 – leur seule image de la femme, c'est l'infirmière, la femme-mère. Ils aspirent à être blessés pour rencontrer la femme, la rencontrer sous cette forme. Et finalement, c'est une arme qui va aider au moral des armées. C'est elle qui peut faire tenir les blessés, avec ses voiles blancs, elle fabrique de la charpie ; elle est le dernier recours, elle aide à mourir et elle incarne en même temps l'idéal maternel, la force et la présence de la mère.

La guerre de 14 est vraiment un moment clé pour le rapport homme/femme, un moment d'extrême déséquilibre. Quand les hommes rentreront du front, il y aura beaucoup de veuves, de solitudes féminines ; toutes ces femmes qui auront eu une énorme importance, auront beaucoup travaillé pendant la guerre, remplaçant leurs hommes dans tous les métiers, retourneront à la maison... Sur le moment, la société était dans un tel état de destruction, les femmes dans une situation de tel épuisement moral et psychique, que peut-être n'avaient-elles qu'une envie : rentrer à la maison et souffler. Cela a eu des conséquences énormes sur la durée...

Pratiques : Chez les soignants, y a-t-il eu ou y a-t-il une manière différente de soigner, chez les hommes ou chez les femmes ? Chez les soignés, le savoir-faire familial a-t-il été et est-il réparti de façon différente ?

Oui, c'est ce que je disais sur le XVIII^{ème} siècle, l'intrusion dans le corps, la chirurgie, ouvrir le corps était un geste masculin (comme tuer le cochon, acte masculin, tandis que faire le boudin est une tâche féminine). Tout ce qui est découvertes, découvertes scientifiques, expériences, initiatives, ouvrir, découper, appartient au pouvoir masculin. Et ce pouvoir est toujours infantilisant pour le soigné, qu'il soit homme ou femme, on le voit dans les textes des médecins, où le souhait informulé est que le soigné ressemble le plus possible à un objet inanimé. La représentation de la femme, c'est le corps en révolution dont je parlais tout à l'heure, mais il y a toujours cette idée, ce fantasme, qu'au fond, « s'ils pouvaient tous être morts, on travaillerait tranquillement ». Utopie

puisque le médecin est là pour soigner ! Mais c'est de là que vient ce pouvoir infantilisant ressenti par tous lors d'une hospitalisation quand on dit « Je ressemble à un enfant, je régresse ». Ce phénomène est dû à la demande inconsciente de tout un corps médical qui souhaiterait que le soigné soit un objet inanimé pour pouvoir aller au plus loin de la découverte scientifique. C'est cette tension folle entre la vie et la mort. La vie en fait, ils sont là pour ça, les médecins, et en même temps le rêve inconscient, c'est que le soigné soit un objet inanimé, ce qui cause des décalages entre homme et femme, car évidemment on ne peut pas le demander de la même façon.

La femme, de par la façon dont elle est habituée culturellement à vivre les gestes du quotidien, est très préoccupée de l'ergonomie, du confort, de tout ce qui concerne le geste que peuvent ou ne peuvent pas accomplir les malades. Dans les textes des infirmières de la fin du XIX^{ème} et du début du XX^{ème} siècle, on voit beaucoup de notations très intéressantes sur l'essoufflement, sur la marche, sur les formes de douleurs, qu'elles savent mieux décrire que l'homme, qui dit : « Vous avez mal, vous n'avez pas mal ? », mais ne se préoccupe pas de la façon dont on a mal. De plus, tout ce qui touche au sang est un sujet plus aisément manié verbalement entre femmes, ou par les femmes ; même pour la blessure, le sang qui coule alors que l'on pense à l'homme guerrier, au sang des champs de bataille qui, soit disant, ne ferait pas peur aux hommes. Tout ce qui est évacuation humorale également, comme l'urine et les selles, les odeurs, les exhalaisons, ce sont elles qui les accueillent, d'une part, plus facilement, et d'autre part, elles arrivent à décrire sur ce sujet un vocabulaire plus riche que celui de l'homme.

Pratiques : Quel regard sur le sexe a eu la médecine ? Y a-t-il eu autre chose que l'occultation et l'objectivation ? Comment l'interdit des relations sexuelles entre soignants et soignés a-t-il été vécu au cours de l'histoire ? Comment cela s'articule-t-il avec l'histoire de la pudeur ?

Au XVIII^{ème} siècle, on est face à l'idée de la femme toujours stupéfiante, prise dans un désir très fort. D'une manière générale, le désir

semble le sentiment le plus patent, le plus manifeste, qui court sous des formes très différentes du XVIII^{ème} siècle au XX^{ème} siècle. Ce n'est pas un invariant mais c'est une notion toujours présente.

Le désir « déborde » également dans la fonction soignant-soigné, à l'hôpital ou dans le cabinet médical. Sans doute plus à l'hôpital : dans le cabinet médical, c'est plus contrôlé, parce qu'on est deux ; parce qu'il y a un dialogue très codé. Tandis qu'à l'hôpital, beaucoup de choses peuvent arriver, beaucoup de spectacles sont là, devant vous.

Mais le désir, bien qu'il ne soit jamais nommé, est la chose la plus patente, celle qui déborde de partout, qui est censée se contrôler peut-être justement parce qu'on croit toujours le contrôler...

Je pense – et je vous parle là non en historienne, mais en particulier – que le désir est justement mis en scène de façon très claire, pour qu'il soit supportable. Au XVIII^{ème} siècle, le désir féminin était considéré comme dangereux pour le corps médical. La femme est désirante – ce terme n'est pas à entendre dans un sens péjoratif, c'est comme cela. Elle est prisonnière de cet état et c'est ce qui emporte tout. Toute décision médicale est prise par rapport à une sorte de contrôle possible sur cette sexualité qui contamine l'homme aussi. L'homme a peur d'être contaminé par ce désir si fort, et c'est ce qui va lui donner son machisme – quand on a très peur du désir féminin de cette manière, on va lui imposer des règles...

Je l'ai dit, du corps de la femme, tout peut sortir à la fois, y compris les viscères : il ne faut pas oublier tout ce qu'était la fin du XIX^{ème} siècle où tant de femmes ont une « descente d'organes ». Pour un homme, il n'y a rien de plus terrifiant et il faut en permanence contrôler ce débordement, mettre des écrans, empêcher la parole parce que la parole réactive en même temps... Selon moi, il y a une mise en scène de la douleur, du sexe et du désir dans un hôpital, avec des lieux réservés, comme la salle des infirmières, la salle de garde où les plaisanteries sont possibles, le relâchement face à la souffrance, les mots pour dire sans précautions le corps malade. Il y a une mise en scène de l'architecture, la salle de garde, la salle d'opé-



ration, la chambre du malade, avec, malgré tout, la proximité constante du corps nu, mortel et douloureux. Ce contexte est une espèce d'exacerbation, il faut mettre en scène dans un hôpital des lieux réservés pour cela, où l'on peut se moquer de façon extraordinairement grivoise comme peuvent le faire les médecins, ou de façon très fantôme, ou de façon très dure, si vous voulez, mais dans des lieux spécialisés pour que ce trop plein s'exprime.

L'architecture même du corps médical dans un hôpital est une mise en scène ; mise en scène, aussi du corps de femme soignante, à la fois interdite et offerte, où on retrouve le fameux fantasme de la blouse blanche et de l'infirmière nue sous sa blouse. C'est un mythe et quelquefois, ce n'en est pas un, sous la blouse, elles ont souvent une tenue légère ! A cette image, il faut ajouter la piqure, représentation très forte qui dérive de celle du XIX^{ème}, la bonne sœur, la vierge consolatrice, maternelle et c'est en même temps la femme offerte, mais refusée dans le même moment, donc qui va vous contrôler, vous inhiber à la fois, que vous allez désirer et qui sera interdite.

Dans cet aller-retour, il y a un relatif plaisir. Cette mise en scène est consentie par tout le monde, par l'infirmière aussi, je crois, qui le sait très bien, qui a été incitée à cela par le médecin et le corps médical car elle produit un « hors-champ » qui focalise le désir en l'interdisant. Je crois qu'on n'a jamais objectivé cela. Nous sommes héritiers d'une image de l'infirmière qui vient de loin, et de plus je pense vraiment que l'infirmière a une fonction précise à laquelle elle consent.

Par contre, pour l'interdit des relations sexuelles entre soignants et soignés, vous m'excuserez, mais je n'y crois pas ! D'abord parce que j'ai vu beaucoup de choses se passer entre soignants et soignés et je vous parle toujours ici en particulier et non en historienne. Je pense que c'est sans doute une aventure sociale courante et ordinaire. Cela ne me pose d'ailleurs pas de problème ; je ne vois pas pourquoi on ne pourrait pas avoir des relations avec son médecin... Une relation entre soignant et soigné, ce n'est peut-être pas, s'ils sont consentants, si dramatique, dans la mesure où on a connaissance du déséquilibre santé-maladie qui y a présidé. Par

ailleurs, il y a quelque chose de difficile dans cette relation : elle a toutes chances d'être éphémère, ce qui n'est pas toujours simple à assumer par la suite.

Par contre, je pense que c'est très important qu'il existe quelque chose de construit autour de ça. C'est, je crois, des questions de pudeur, de retenue. Dans l'hôpital, on contraint le désir à prendre un chemin habituel d'une normalité saine ; dans la relation soignant et soigné, s'il y avait relation sexuelle entre eux, il ne faut jamais oublier qu'il s'agit du corps malade. Les images sont fortes : puissant/faible, debout/couché, habillé/dénudé, homme/femme, vertical/horizontal. Le sentiment amoureux peut être quelque chose de très fort, mais qu'on abuse de cette situation, qu'on la gauchisse, cela devient grave parce qu'inégal... C'est terrible, l'hôpital, c'est un monde horizontal et vertical. Ces oppositions sont très parlantes : sain/malade, en demande et donnant, celui qui donne et celle qui reçoit ; on est dans un cas de figure déjà complètement faussé. Pour moi, ce n'est pas un tabou mais c'est extrêmement complexe car on est déjà dans la domination.

Et puis, l'image de la mort, évidemment, est constamment là, même si vous êtes dans des services où elle n'est pas si proche, c'est quand même à elle que l'on parle constamment et si on parle à la mort, on parle au sexe. ●

La santé des femmes, différente ?

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

.....

Pendant longtemps, les conceptions sur la santé des femmes ont été basées sur des préjugés construits par une société qui les infériorisait et relayés par un corps médical masculin. Ces préjugés ont non seulement véhiculé des erreurs et des injustices mais ils ont aussi très matériellement joué un rôle funeste sur la santé des femmes (et ce n'est pas fini). Comment se déconstruisent ces préjugés, quelle réalité ce nettoyage découvre-t-il, y a-t-il ou pas des différences entre la santé de l'homme et de la femme et qu'en faire ?

.....

Santé et rapports sociaux de sexe

Jusque dans les années 60, le sexe se définit sur le seul constat biologique et la notion en vogue de « condition féminine » (qui n'a pas d'équivalent masculin !) rappelle combien les femmes appartiennent à la nature (Bourdieu parle de « somatisation des rapports sociaux de domination »), tandis que l'homme est porteur de culture. L'évolution de la situation des femmes est alors envisagée seulement en termes de changement de mentalité, de bonne volonté des mâles et la dimension matérielle de leur infériorité est ignorée. Les années 60, avec entre autres Talcott Parsons, mettent à l'honneur l'idée de complémentarité : à l'homme le rôle social et économique, à la femme celui de dispensatrice d'affection et de soins, mais toujours rien ne se dit sur les bases matérielles de l'oppression des femmes.

Ce sont des chercheuses féministes qui feront voir le jeu des sciences dites de l'homme dans l'occultation des bases sociales de la domi-

nation de la femme par l'homme. Elles rompront avec la conception naturaliste du travail féminin dans la famille, démontreront que le travail domestique est bien un travail au sens marxiste du terme, avec sa valeur marchande et sa valeur d'usage et que l'appropriation physique du corps des femmes et du fruit de leur travail par la classe des hommes, non seulement au plan privé mais aussi collectif, fait du « sexage » un esclavage. Dès lors, il ne sera plus défendable d'affirmer que le biologique fonde la différenciation sociale du sexe. C'est le social qui constitue le biologique en critère discriminatoire et les rapports sociaux de sexe seront désormais conçus comme une même logique traversant tous les espaces sociaux et active à tous les plans, tant symbolique que matériel (il sera reproché à Bourdieu d'avoir décrit la domination masculine comme une domination essentiellement symbolique et d'en avoir occulté la dimension matérielle).

L'argent et une chambre à soi

... il est actuellement beaucoup plus important de savoir de quel argent de poche et de quelles chambres les femmes disposent, que de bâtir des théories sur leurs aptitudes - et d'ailleurs même si le moment de le faire était venu, je ne pense pas que les dons, ceux de l'esprit et ceux du caractère, puissent se peser comme le sucre ou le beurre, et cela même à Cambridge où l'on est si expert dans l'art de diviser les gens en classes... La liberté intellectuelle dépend des choses matérielles. Et les femmes ont toujours été pauvres, et cela non seulement depuis deux cent ans, mais depuis le commencement des temps. Voilà pourquoi j'ai tant insisté sur l'argent et sur une chambre à soi.

Virginia Woolf en 1928

L'analyse du rapport social de sexe renverse ainsi la perspective : c'est le social qui va rendre compte de certains aspects du physique et du médical et non l'inverse. Cette approche permet de dégager un certain nombre de caractéristiques (nous en citerons quatre) qui retentissent dans le champ de la santé.

Le rapport social de sexe est une relation antagonique entre deux groupes sociaux. Dans certaines circonstances, il prend la dimension d'une véritable lutte à mort. Le statut inférieur des femmes conduit aux avortements d'embryons féminins et aux infanticides de nouveaux-nés de sexe féminin, « bouches inutiles ». En Chine et en Indes, le nombre de « femmes manquantes » s'énonce en millions (l'échographie permettant de déterminer le sexe de l'embryon et de l'éliminer s'il est féminin). Le rapport entre les enfants des deux sexes y serait de 114 à 118 garçons pour 100 filles. Dans de nombreux pays, pas seulement en Afghanistan, les femmes sont privées de soins ou d'éducation. Partout elles sont victimes de violences symboliques et physiques constantes.

Les rapports sociaux de sexe sont transversaux, tout espace social en porte la marque : dans l'entreprise par exemple, les femmes sont tenues au même rendement que les hommes, les tâches « féminines » supplémentaires comme le travail domestique ou la grossesse sont « naturellement » oubliées, comme allant de soi en sus et il est mal vu d'en arguer pour justifier un manquement.

Ces rapports sont dynamiques : longtemps ils ont été pensés comme dépendants de l'évolution des rapports de classe, la libération des femmes devait venir automatiquement avec le progrès social et le succès des luttes ouvrières contre le capital. Mais l'analyse diachronique des faits sociaux relatifs aux rapports entre les sexes montre qu'ils fonctionnent avec une autonomie relative par rapport aux autres rapports sociaux. Dès lors, ils ne peuvent évoluer que sous une impulsion propre, donnée par les mouvements féministes : ce sont les luttes des femmes qui ont fait progresser le droit à la contraception et l'interruption de grossesse et ont par ricochet modifié les rapports de force dans la famille.

Ces rapports produisent en permanence les catégories de sexe : ils déterminent ainsi les normes de « bonne mère » ou ce qu'est un comportement convenable. La médecine s'est longtemps prêtée à ce jeu de cette catégorisation sociale, l'invention de l'hystérie en étant un exemple des plus significatifs. Pensons aussi à la disqualification des femmes écartées des domaines de

l'obstétrique (relégation du savoir-faire des sages-femmes) et de l'alimentation des bébés (allaiter, surtout ne pas allaiter, allaiter évidemment, mais toujours selon ce que dit le docteur... ou l'industrie laitière), domaine que seule la féminisation de la profession médicale a rendu aux femmes.

La ménopause, une maladie ?

Le discours médical sur la ménopause est exemplaire, tant il est marqué par les rapports sociaux de sexe.

L'idée que la ménopause est une cause de dépression s'est imposée en psychiatrie et en gynécologie à la fin du XIX^{ème} siècle. Le psychiatre Kraepelin décrit en 1896 une forme de dépression liée à la ménopause qu'il appelle « mélancolie d'involution ». Bien qu'un peu plus tard il ait rejeté ce concept, et avec lui tous les psychiatres allemands, les médecins français

LES FEMMES CONSULTENT PLUS !



l'ont conservé. Définitivement démenti par des enquêtes épidémiologiques dans les années 1970 et 1980 qui ont montré l'absence de lien significatif entre ménopause et dépression, éliminé en 1975 dans la neuvième Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, ce concept demeure présent sous l'une ou l'autre forme dans certains écrits, notamment chez les endocrinologues et les gynécologues. Ces derniers en faisaient, il y a peu d'années encore, un argument pour le maintien des femmes sous œstrogènes à vie. Quant aux psychiatres, ils décrivaient le désastre de la perte symbolique liée à l'arrêt de la fonction de reproduction. Les études montrent pourtant qu'il y a plutôt une diminution de la prévalence des troubles psychiatriques mineurs dans la décennie qui suit la ménopause.

Quant au discours « profane », celui des hommes exprime une vision aussi négative que celle des médecins, estimant les troubles psychologiques très fréquents à la ménopause, alors que les femmes, qui partageaient parfois cette opinion dans le passé, considèrent maintenant qu'il s'agit d'une opinion d'hommes et prennent leurs distances vis-à-vis du discours dominant. « Les hommes parlent de petits changements d'humeur, disent qu'elles sont un petit plus agressives, énervées, sensibles. Les femmes ne disent pas ça. L'homme ne prend pas très en considération la ménopause, c'est un peu ironique. C'est un petit peu moqueur. Parce que la femme, c'est quand même un objet de jouissance pour l'homme. Donc la connotation de ménopause contient une idée d'arrêt de cette jouissance. » (Christine, bibliothécaire, 55 ans)

Face à la mort et à la maladie

Les conquêtes féminines dans le monde occidental ont fait diminuer l'inégalité dont les femmes sont victimes mais sans modifier fondamentalement leur statut de groupe dominé. On sait d'autre part que les inégalités sociales sont responsables d'une moins bonne santé et d'une mortalité plus précoce dans les groupes de niveau social inférieur (voir notre cahier dans *Santé conjugée* 40). On devrait donc s'attendre à une mortalité plus élevée chez les femmes.

Paradoxe, c'est une mortalité masculine plus élevée que l'on observe. Ce phénomène est récent. Globalement, au XIX^{ème} siècle, les progrès en matière de mortalité profitent davantage aux hommes, mais au XX^{ème} siècle, la surmortalité féminine baisse rapidement. Les facteurs explicatifs sont nombreux, allant des circonstances locales (les chiffres varient de pays à pays) et factuelles (une guerre fera monter le taux de mortalité masculine) aux progrès de la médecine et de l'hygiène, notamment en matière de maladies infectieuses et obstétricales (ici, l'évolution du statut des femmes a également joué).

Avec une mortalité féminine moins élevée, on pourrait s'attendre à une morbidité féminine moins élevée. A nouveau raté : les femmes présentent une morbidité plus élevée que les hommes et elles ont une consommation médicale plus importante en termes de consultations et de médicaments (mais pas en termes d'hospitalisations à âge égal). Les enquêtes sur les motifs de consultation ne permettent pas de dire que les femmes consultent « plus vite » ou pour des motifs plus futiles. Y aurait-il ici un rapport avec des conditions de vie particulièrement difficiles liées à la domination dont elles sont victimes ? Selon certaines études il semble qu'il s'agisse en fait davantage de morbidité ressentie, en relation avec l'expression d'une disposition à percevoir des symptômes physiques et psychiques et à leur donner un caractère pathologique ou à les interpréter comme un dysfonctionnement corporel par rapport à une norme sociale définissant ce que doit être un état de bonne santé. Cette pathologisation des sensations rentre dans le cadre d'un phénomène plus global de médicalisation qui se marque également par l'extension des consommations médicales et des personnels de santé, l'extension du champ de compétence de la médecine et la médicalisation de la vie ou santéisme.

Pourquoi les femmes sont-elles portées à exprimer davantage de symptômes ou de sensations que les hommes (ou ne faut-il pas inverser la question, pourquoi les hommes le font-ils moins) ? Les études ne montrent pas de différences dans la perception des sensations. La différence réside davantage dans l'expression verbale et corporelle des symptômes. Une hypo-



thèse serait que le conditionnement social diffère profondément pour tout ce qui touche aux questions corporelles : par leur attitude, leur système d'éducation, les jouets qu'ils donnent et l'environnement qu'ils créent, les parents transmettent des messages différents aux enfants. Aux garçons, ils passent des messages du type « un garçon ne pleure pas, et doit être dur au mal » (voir encadré : *les quatre règles de base de la masculinité*). Tout écart avec le modèle de virilité sera interprété comme signe de faiblesse, ou, insulte suprême, de féminité. Cette incorporation d'un modèle de virilité va se traduire par le rejet de l'écoute de soi et de l'attention portée au fonctionnement corporel. La petite fille recevra les messages inverses, elle pourra faire ce qui est interdit au garçon et pas ce qu'il est autorisé à faire, ses expériences corporelles subiront la pression du modèle social véhiculé par les parents, depuis les premières menstruations jusqu'à la maternité et à la ménopause.

Ainsi le rapport au corps est soumis à des stéréotypes souvent contraignants. Pour les femmes, la tyrannie du stéréotype esthétique rendra insupportable toute forme de pathologie portant atteinte à l'image corporelle. Leur rapport au corps sera orienté vers la séduction, plus riche, plus réflexif et plus intériorisé. Il s'ensuit que la gestion familiale de la santé leur incombera. Du côté des hommes, ce rapport sera plus instrumental, plus orienté vers la performance et la compétition, plus porté vers la satisfaction des désirs, plus immédiat et extérieur.

Les quatre règles de base de la masculinité

1. « Pas de trucs de fille », ne sois jamais une chochette ;

2. « Sois un gros bonnet », la masculinité se mesure à la taille du salaire ;

3. « Sois un chêne dans la tempête », ce qui fait qu'un homme est un homme c'est qu'on peut compter sur lui ;

4. « Mets-en plein la vue » : audace et agressivité, fonce !

Face à la retraite et au veuvage

Sur un plan global, la « crise de la retraite » semble être un mythe. La plupart des études (en majorité anglo-saxonnes) sur l'état de santé, la sensation de bien-être, la satisfaction de vivre et la mortalité ne montrent ni déclin de la santé ou de la sensation de bien-être, ni surmortalité dans l'année qui suit la retraite. Des études plus centrées sur la retraite des femmes montrent néanmoins des résultats discordants : si certaines études ne montrent pas de différence significative entre les sexes, d'autres indiquent que les femmes retraitées sont plus souvent dépressives que les hommes. Mais en aucun cas, le présupposé selon lequel les activités ménagères constitueraient un « refuge naturel » pour la femme ne se confirme. En fait, on constate surtout une grande diversité des réactions à la retraite et des modèles de transition, tant pour les hommes que pour les femmes.

La dimension conjugale doit être soulignée. La retraite est en effet une remise en cause de l'équilibre « écart-proximité » antérieur. C'est parmi les conjoints qui échouent à trouver un nouvel équilibre sur ce plan que se retrouve le plus grand nombre d'insatisfaits. Ce nouvel équilibre peut prendre différentes formes, allant d'une attitude plus fusionnelle à une attitude plus indépendante entre les conjoints, ou encore d'un comportement plus casanier ou plus « centripète ». Il ne semble pas y avoir de nette différence sexuelle dans le choix de ces comportements : par exemple, contrairement aux préjugés, les femmes ne seront pas forcément plus « intérieur » et les hommes plus « extérieur » (il se pourrait même que les hommes entament un repli vers la maison tandis que les femmes se tournent davantage vers l'extérieur).

Face à la perte du conjoint, les enquêtes mettent en évidence une surmortalité des personnes veuves comparativement aux non-veuves. Ce risque paraît beaucoup plus net chez les hommes, les résultats étant plus discutables chez les femmes. Les explications avancées s'inscrivent dans diverses théories (celle du stress, celle des rôles sociaux), qui toutes considèrent que le mariage protège davantage l'homme. L'impact négatif du décès du conjoint apparaît surtout dans les semaines qui suivent sa disparition et



semblent ensuite s'estomper. La charge des tâches ménagères incombant au survivant ne semble pas jouer un rôle déterminant.

On ne soigne pas les femmes comme les hommes

Cette phrase est le titre d'un ouvrage de Carole et Daniel Sereni, chefs de services dans des hôpitaux de Paris et il concerne la pathologie générale, à l'exclusion de la gynécologie dont la spécificité va sans dire. Attentifs à éviter le piège de porter un jugement discriminatoire, les auteurs passent en revue une série de pathologie (la douleur, la dépression, les maladies sexuellement transmissibles, l'immunité, les maladies cardio-vasculaires et génétiques), constatant que les maladies n'ont pas la même expression chez l'homme et la femme et que les réactions aux traitements sont différentes. Il est connu de longue date que certaines maladies touchent plus fréquemment l'un ou l'autre sexe (par exemple la migraine vraie, l'anorexie ou certaines affections auto-immunitaires sont plus fréquentes chez la femme). La douleur serait ressentie plus rapidement par les femmes en raison d'un seuil de perception abaissé ou d'influences hormonales, bien que des facteurs

psychosociaux (y compris dans le chef de l'enquêteur) ne soient pas étrangers à ce phénomène. Notons aussi que les médicaments antidouleurs ne semblent pas agir de la même manière chez elle que chez l'homme.

L'hypothèse est qu'il y a des bases biochimiques à ces différences, bases mal connues ou inconnues. Cela peut s'expliquer entre autres parce que la plupart des essais cliniques sont réalisés chez des hommes afin d'éviter l'interférence des variations du cycle hormonal ou de ne pas prendre de risque par l'administration de substances aux effets incertains à des femmes susceptibles de tomber enceinte et dont la grossesse serait ainsi mise en péril. Les auteurs plaident pour la création d'une médecine de la spécificité féminine destinée à corriger les erreurs de la médecine actuelle où l'homme est la norme et la femme une variante. Cette nouvelle approche devrait dans un premier temps dresser l'inventaire exhaustif des spécificités féminines, analyser les causes biologiques profondes de la différence et en tirer les conséquences pratiques.

Ce raisonnement très scientifique ne peut qu'emporter l'adhésion. Le risque existe pourtant d'enrober de scientificité (donc de « vérité ») des interprétations qui oublient le rôle des rapports sociaux de sexe. Parcourons le chapitre consacré à la dépression. On y affirme successivement que la dépression touche davantage la femme et que ce fait est mal connu du public, qu'il est difficile de poser le diagnostic, que devant les mêmes symptômes les médecins prescrivent plus vite des tranquillisants à une femme, attribuant plus vite ses plaintes à une dépression que chez l'homme (ici on passe d'un diagnostic scientifique à un comportement socialement déterminé), que de nouvelles méthodes permettent de standardiser le diagnostic et que ces méthodes enfin fiables montrent une diminution de la différence entre les sexes... ce qui semble invalider l'affirmation du début. Ces tensions internes à l'exposé signent-elles la noble incertitude de la recherche ou au contraire la difficulté de faire la part entre ce qui est de l'ordre du fait scientifique et ce qui est de l'interprétation, dont il est essentiel de reconnaître la nature contingente et culturellement marquée. En fait cette problématique est inhérente à toute science mais dans ce domaine particulièrement sensible, il importe d'y être



Quelques chiffres belges

D'après l'Enquête de santé, Belgique, 2004 :

- une femme sur dix rapporte des symptômes caractéristiques de troubles mentaux (dépression ou autre) contre un homme sur vingt ;
- 22% des femmes présentent des troubles du sommeil contre 16% des hommes ;
- globalement, les hommes de 25 à 45 ans se déclarent plus souvent en bonne santé que les femmes, le rapport s'inversant après 45 ans.

Ces données sont subjectives (réponses à un questionnaire auto-administré) et ne correspondent pas à des diagnostics.

tout particulièrement attentif. Il faudra donc être très circonspect dans le développement d'une « féminologie ». Une approche rationnelle sera d'approfondir l'attention portée à la variable sexe dans les études. Au Canada vient de se terminer une étude multicentrique portant sur 316.234 cas répartis dans dix grandes villes canadiennes et suivis pendant huit ans pour apporter une réponse à la question : « Le sexe, l'éducation et le revenu modifient-ils l'effet des polluants atmosphériques sur les maladies cardio-vasculaires ? ». Les résultats corroborent l'existence d'un lien entre exposition aux polluants atmosphériques et hospitalisations pour maladies cardio-vasculaires, mais cette association n'est modifiée ni par le sexe, ni par le niveau d'éducation et de revenu. C'est via ce genre d'étude que l'on pourra établir l'existence de spécificités féminines en santé sans risquer de se laisser influencer par des considérations sociales de sexe.

Il est bon que la question de la spécificité féminine soit posée (on parle désormais de « sexospécificité »). Mais ne réintroduisons pas des jugements de valeur inquiétants sous couvert scientifique. Dans toute entreprise médicale, il y a risque de distorsion du social et du psychologique par le scientifique. Nous ne pouvons ici que répéter une mise en garde

que nous avons déjà énoncée à multiples autres occasions : la science est trop puissante pour être abandonnée aux seules mains (ou aux neurones) des scientifiques. ●

Sources

Une chambre à soi, Virginia Woolf, Bibliothèque 10/18, Denoël, Paris 1996.

« Les rapports sociaux de sexe, un cadre d'analyse pour des questions de santé », Anne-Marie Devreux, in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ouvrage collectif, Collections Recherche, Santé, Social, Éditions ENSP Rennes 2001.

« La question des troubles psychiques liés à la ménopause », Daniel Delanoë, in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ouvrage collectif, Collections Recherche, Santé, Social, Éditions ENSP Rennes 2001.

« Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », Pierre Aiach, in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ouvrage collectif, Collections Recherche, Santé, Social, Éditions ENSP Rennes 2001.

« Hommes et femmes face aux transitions biographiques », Vincent Caradec, in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ouvrage collectif, Collections Recherche, Santé, Social, Éditions ENSP Rennes 2001.

On ne soigne pas les femmes comme les hommes, Carole et Daniel Sereni, Éditions Odile Jacob, Paris 2002.

La domination masculine, Pierre Bourdieu, Éditions du Seuil Paris 1998.

Le sexe, l'éducation et le revenu modifient-ils l'effet des polluants atmosphériques sur les maladies cardio-vasculaires ?, Cakmak S., Dales RE., Judek S., J. Occup. Environ. Med. 2006 ; 48 :89-94.

La différence hommes-femmes et la relation médecin-patient

Lawrence Cuvelier,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Enseignement.

.....

Réflexions d'un médecin de terrain sur la façon dont les différences hommes-femmes influencent sa pratique.

.....

Nous, médecins généralistes, sommes bien placés pour nous apercevoir combien la communication dans un couple peut-être difficile, et le lieu d'affrontement stérile du à une méconnaissance profonde du fonctionnement de l'autre sexe. Dans nos relations thérapeutiques, il est capital que le thérapeute ne soit pas lui-même victime de ces divergences. Il est sorti beaucoup de livres sur le sujet, résultat de la psychologie expérimentale.

Comme praticien, j'aperçois plusieurs points importants à relever. La consultation avec un homme relève souvent du rapport militaire, quelques symptômes évoqués sans détails superflus, l'attente d'un examen, prescription et incapacité de travail. Seule une certaine angoisse peut rendre la consultation plus vivante.

La consultation avec une femme est riche en couleur, fourmillant de détails qui révèlent la personnalité de la patiente, souvent faite de mise en relation avec le cadre de vie, les habitudes alimentaires, les relations de couple, le soignant a parfois du mal à ne pas perdre pied. Il peut parfois faire des questions fermées pour éviter que sa consultation ne s'égare.

Tout ceci est à mettre en relation avec le cerveau « poly-tâche » de la femme, sa capacité à mettre un ensemble d'éléments en relation, et sa

capacité verbale d'exprimer ses émotions, en contraste avec le cerveau « mono-tâche » et technique de l'homme qui appréhende le monde avec une question, une solution.

Deux phénomènes sont apparus de conserve dans la relation médecin-malade, d'une part la féminisation de la profession médicale allant de pair avec d'autre part une plus grande accessibilité à l'information médicale. Les conséquences en sont multiples.

On est passé d'un rapport paternaliste entre le patient et le soignant, avec un échange d'information très minimaliste, à un rapport très maternisant, avec un vaste dialogue, une vérité devenue pratiquement obligatoire, et une sorte de pseudo-égalité entre partenaire malade/médecin. On ne peut évidemment pas espérer revenir en arrière, cette situation était d'ailleurs source d'angoisse pour le patient, qui sentait qu'on lui cachait la vérité¹. Par ailleurs, la situation actuelle, avec des diagnostics bien établis et des informations qui circulent est aussi anxiogène pour d'autres raisons. Le médecin a perdu de sa superbe avec l'avancée de la science, il n'est plus le *deus ex machina* porteur de l'autorité virile indiscutable. Il est devenu un confident avec lequel on peut discuter.

Cette transformation de symbolique a certainement bénéficié aux femmes médecins qui trouvaient une façon de travailler plus en harmonie avec leurs tempéraments.

Quand les enjeux psychologiques sont importants, il est très important pour le patient et pour le médecin de bien identifier quel sera le meilleur soignant entre autre au point de vue du sexe de celui-ci. Travailler en collaboration permet de mieux se rendre compte que chacun ne peut pas tout faire dans ce domaine sans qu'il s'agisse de blesser le narcissisme du médecin (ou autre soignant).

Le médecin comme objet d'identification ou de transfert joue un rôle important dans la mise à distance qu'un patient doit faire dans sa problématique.

Il arrive souvent que des homosexuels se trouvent mieux dans une relation avec quelqu'un de sexe opposé que quelqu'un du même sexe.

(1) Il y a vingt-cinq ans encore une série de lettres cachait la vérité au patient, on parlait d'une « T » pour tuberculose, d'une « S » ou « sigma » pour une syphilis et de « crise E » pour l'épilepsie.

Mots clefs : femme, relation médecin-patient.



GENRE ET SANTÉ



Par ailleurs, l'inverse est vrai aussi, mais le thérapeute doit être conscient d'un choix qui n'est pas neutre.

Il est arrivé à de jeunes médecins de deux sexes de ne pas parvenir à identifier les origines de palpitations ou de crises hypertensives alors qu'il suffit parfois d'envoyer chez un confrère plus expérimenté et au physique plus rébarbatif pour que tout rentre dans l'ordre.

Le champ de la connaissance dans la relation médecin-malade est probablement encore largement méconnu et mérite certainement que l'on s'y attarde. Un approfondissement des connaissances dans ce domaine permettrait certainement des avancées en matière de qualité de soins. Les conclusions de ces futures recherches seraient certainement divertissantes. ●

L'alcoolisme est-il soluble dans le féminisme ?

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

.....

L'alcoolisme n'a eu un sexe qu'à partir du moment où l'alcoolisme féminin a été « découvert ». C'est une constante de la description sexuée des faits sociaux : le général est masculin, le particulier ou le différent est féminin. Que recouvre cette notion d'alcoolisme féminin et quelle en est la légitimité ?

.....

La femme et l'alcool : une épidémie... d'images

C'est fort tard, à partir de la seconde moitié du XX^{ème} siècle, que l'intérêt médical croît pour « l'alcool et les femmes » et se déploie sous deux aspects : celui de l'alcoolisme au féminin et celui de « la femme de l'alcoolique ». Des chiffres inquiétants sont divulgués : l'alcoolisme des femmes se révélerait en accroissement rapide et catastrophique. Selon les sources (toujours très « autorisées ») de 9 à 33% des françaises seraient alcooliques, elles seraient même 52% à Nantes ! En fait, les spécialistes construisent des extrapolations basées sur leur expérience personnelle, jamais confrontées et toujours répétées. Des études à la méthodologie plus correcte réalisées à partir des années 90 ne parviendront pas à retrouver ces résultats et montreront au contraire une stabilité de la consommation d'alcool par les femmes durant toute la seconde moitié du XX^{ème} siècle.

Au XIX^{ème} siècle, alors que l'industrialisation se développe et que se répand la conscience de classe, règne un sentiment de différence profonde entre dominants et dominés : les dominés appartiennent à un groupe « naturel », proche de la nature et de l'instinct, les dominants sont du côté de la culture, c'est-à-dire surtout des techniques et instruments de domination. L'alcoolisme est considéré comme une maladie et la marque de dégénérescence de la classe dominée. Quant aux femmes alcooliques, elles sont immergées dans ce groupe « naturel » : il n'y a pas d'alcoolisme masculin ou féminin pour les médecins, il n'y a qu'un alcoolisme et un sous-chapitre de l'alcoologie consacré au cas particulier des femmes (« l'alcoolisme est un fléau et il y a même des femmes qui boivent ! »). Toutefois l'idée d'une spécificité féminine n'est pas absente : l'époque retentit des luttes pour l'égalité, et pour ses adversaires, il est intéressant de trouver des justifications pour soutenir l'infériorité de la femme, les différences anatomiques et physiologiques étant particulièrement pratiques pour asseoir les inégalités. Même le grand sociologue Durkheim écrira dans son étude sur le suicide : « Il n'y a pas lieu de supposer que, jamais, la femme soit en état de remplir dans la société les mêmes fonctions que l'homme » (1897).

Néanmoins ce discours alarmiste soutenu par le corps médical a propagé avec lui une véritable idéologie pseudo-scientifique de l'alcoolisme féminin. La consommation des femmes sera décrite comme solitaire et clandestine : le mari insatisfait va au cabaret, la femme reste dans sa cuisine et boit en cachette. Ces stéréotypes, au lieu d'attirer l'attention sur l'isolement de certaines femmes et d'ouvrir des pistes d'aide, vont au contraire nourrir le fantasme masculin de la femme « dissimulatrice ». Un autre trait largement souligné de l'alcoolisme féminin sera son caractère honteux : la femme se doit d'être belle, gardienne des valeurs morales et mère exemplaire, la société n'aura pas pour elle l'indulgence qu'elle a pour l'homme. L'alcoologue se fait juge et la tyrannie de l'opinion s'installe dans le discours médical. Dès lors, l'infraction à un tel interdit social ne peut relever que d'un comportement irrationnel et pathologique : face à l'homme alcoolique normal, il y a la femme alcoolique anormale, forcément névrotique, peut-être psychotique ! On se posera « scientifiquement » la question de savoir si la femme est névrosée parce qu'elle boit ou si elle boit parce qu'elle est névrosée et on constatera sans s'en étonner que les troubles psychiatriques sont beaucoup moins fréquents chez l'homme alcoolique. Le « naturalisme »

Mots clefs : femmes, drogues, représentation de la santé, inégalités sociales de santé.



GENRE ET SANTÉ

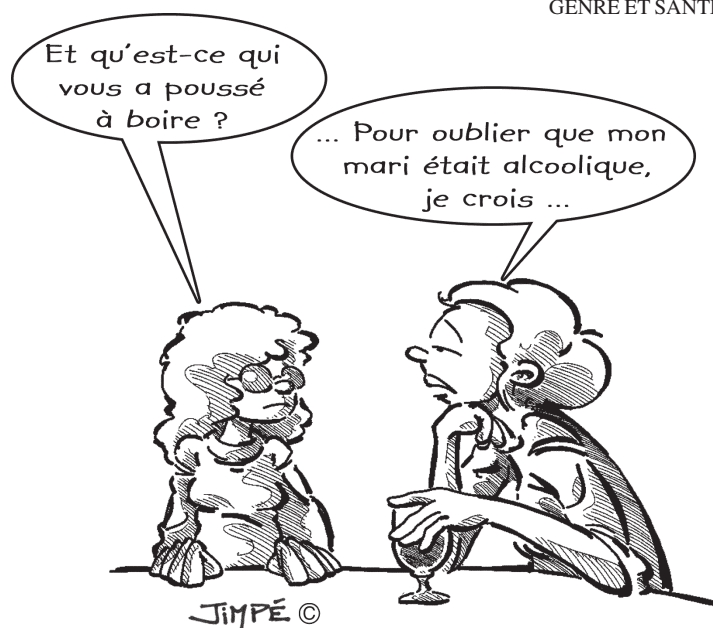
qui stigmatisait les classes laborieuses au XIX^{ème} siècle est donc toujours de mise pour les femmes, fut-ce sous l'euphémisme « d'éternel féminin ».

Vous prendrez bien un doigt de féminisme ?

Face à ce discours majoritaire, quelques études développent dans les années 60, la notion de conflit de rôle et attirent l'attention sur une série de conditions de vie : moindre considération pour la femme à niveau social égal, tant au niveau symbolique que salarial, unions déséquilibrées, grossesses fréquentes, interruption d'études et limitation de l'horizon professionnel, frustration de celles qui sont maintenues au foyer, absence ou insuffisance d'équipements collectifs au service de la famille et notamment de crèches, toutes circonstances qui ne sont pas sans rapport avec la consommation d'alcool de certaines femmes. Mais ces réflexions mettront longtemps avant d'ébranler le fond culturel commun des stéréotypes qui font que la femme était soit « oubliée » dans les discours sociologiques et médicaux, soit « tellement différente ». Une étude publiée en 2006 montre que si tous les alcooliques ont une image d'eux-mêmes plus négative que les non-alcooliques, l'estime de soi des femmes alcooliques est plus faible que celle des hommes alcooliques, mais que cet « écart » est en train de se résorber, en lien avec les changements de la condition féminine (Aubry et coll).

Les apports du féminisme, y compris dans le domaine de l'alcoologie, représentent en effet un changement de mentalités fondamental dont nous ne nous rendons plus toujours compte aujourd'hui.

Dans les années 80, à Domrémy Trois-Rivières (Canada), l'équipe du Centre public de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes constate que les femmes sont peu nombreuses à fréquenter le centre et que celles qui le fréquentent y reproduisent les stéréotypes vécus dans leur milieu (se mettre en arrière des autres, taire son vécu...). Beaucoup d'entre elles sont isolées ou subissent des violences de la part de leur conjoint, disposent d'un faible revenu et se conforment au rôle traditionnel de



la femme. Plus que toute autre raison, c'est le sentiment de honte et la peur du rejet qui motivent la demande de « guérison » de leur alcoolisme.

L'équipe du centre interprète les plaintes et demandes des femmes à travers une grille différente, celle de l'oppression des femmes victimes d'une société patriarcale. Dans l'espoir de mieux répondre à leurs besoins, l'équipe décide, outre les soins classiques aux alcooliques, de créer un groupe exclusivement féminin et d'y axer les interventions sur la stigmatisation sociale, la connaissance de la condition féminine, l'influence des rôles et des apprentissages, la situation sociale et économique des femmes dans la société, l'information sur le monde médical et son mode de réponse sexiste. L'idée est d'améliorer leurs compétences interpersonnelles et sociales, de les entraîner à s'exprimer et à s'affirmer, de les amener à mieux employer les ressources de leur environnement et d'ainsi augmenter leur capacité à rester sobres.

La réaction des femmes ne tarde pas : elles rejettent le discours féministe et veulent être écoutées dans leur demande qui est de fonctionner dans leur environnement tel qu'il est et non de le transformer. La distance entre la réponse proposée et leurs préoccupations est trop grande. L'équipe est brutalement confrontée à ses propres désirs d'appliquer les apports du féminisme. Il faut d'abord écouter les femmes, avec leurs peurs, leur détresse, leurs histoires. Victimes de viols, d'inceste, de

Entre un alcoolique et une alcoolique, il n'y a qu'un verre de différence

A quantité ingérée égale, le taux sanguin d'alcool est plus élevé chez la femme. Cette différence n'est pas liée seulement à la différence de poids, mais aussi au fait que l'alcool se dilue dans l'eau contenue dans le corps (et non dans les autres tissus). Le corps de la femme étant plus pauvre en eau (il y a davantage de graisses) que celui de l'homme, l'alcool se concentre davantage dans son sang. En outre, la femme dispose de moins d'alcool-déshydrogénase, une enzyme qui détruit une partie de l'alcool dans l'estomac. C'est pourquoi la dose « limite » de consommation quotidienne maximale est fixée à deux verres standards (ou unités) chez la femme et trois chez l'homme.

Mais ces différences physiologiques, dont il importe de tenir compte dans l'approche biomédicale, ne justifient en rien les dérives simplificatrices sur une « inégalité ».

Un quart de siècle plus tard, on tend à considérer que, même si des différences métaboliques existent entre hommes et femmes devant l'alcool, il s'agit d'une même problématique. Par exemple, il n'y a pas un alcoolisme social masculin et un alcoolisme féminin d'exclusion (« solitaire et clandestin »), mais deux étapes d'une même trajectoire. L'approche de l'alcoolisme vise ainsi à réinterpréter les catégories de genre comme les termes d'un même système structural. ●

violence, elles ne sont pas venues pour recevoir des leçons ni pour s'attaquer de front aux interdits traditionnels, préférant à ces options celle de retourner la violence contre elles-mêmes ou contre les autres participantes du groupe de femmes.

Dès lors l'équipe laisse de côté le désir d'imposer ses valeurs féministes et réoriente les interventions vers l'écoute, le droit à l'expression de soi, la permission de nommer l'interdit et le silence. La réconciliation avec l'identité de femme ne sera possible qu'au prix du dépassement de la haine que beaucoup d'entre elles ont pour leur état de femme. Bien des résistances devront être surmontées pour qu'elles s'autorisent à penser à elles et, seulement après ce long travail, envisagent la possibilité de nouveaux comportements.

Evelyne Bergeron, qui rapporte l'expérience canadienne, souligne combien le féminisme avait apporté au plan conceptuel mais ne pouvait être traduit tel quel au plan opérationnel. Laissons-lui la parole. « Personne ne soupçonnait au début à quel point ce nouveau savoir nous bouleverserait et nous atteindrait jusque dans notre vie intime comme homme ou comme femme ». Et analysant l'échec de l'implantation « d'autorité » des valeurs féministes : « C'est à travers les femmes qu'on apprend le féminisme. Les écouter favorise l'émergence des contenus féministes ».

Sources

« Des alcooliques pas comme les autres », Serge Clément et Monique Membrado, in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, Éditions ENSP 2001.

L'image de soi de l'alcoololo-dépendant à travers l'échelle Tennessee du concept de soi : étude comparative entre hommes et femmes, Aubry C, Gay MC, Romo L., Joffre S., l'Encéphale 2004 vol 30 n°1, 24/31.

« Féminisme et intervention auprès des femmes : une expérience avec des femmes alcooliques et toxicomanes à Domrémy Trois-Rivières », Evelyne Bergeron, *Santé mentale au Québec* 1990, XV, 1, 223-236.

Genres et pratiques de première ligne



GENRE ET SANTÉ

.....

Deux phénomènes convergent : l'évolution des pratiques médicales vers une approche bio-psycho-sociale de la santé coïncide avec la féminisation de la profession médicale. Quelles perspectives cette rencontre ouvre-t-elle ?

.....

L'interpellation des étudiants est souvent source de réflexion et de remise en question judicieuse. Ainsi, une étudiante précise qu'elle voudrait choisir la spécialisation en médecine générale mais qu'elle hésite beaucoup et pense y renoncer car elle craint l'insécurité des gardes. Cet échange venant s'ajouter à d'autres questions soulevées par nos futurs collègues confirme la nécessité d'encourager de nouvelles pratiques en médecine générale. En effet, ce dialogue pose plusieurs questions : d'une part, l'attractivité de notre métier, d'autre part son mode d'organisation et enfin l'impact de la féminisation. En ce qui concerne l'attractivité, de nombreuses publications se penchent sur le sujet et soulignent la féminisation, le travail à temps partiel, l'attractivité de la carrière hospitalière, la charge de travail accrue du généraliste, la lourdeur ontologique du métier, l'absence de subsidiarité à l'intérieur de la profession. Si la médecine générale offre plus d'opportunités de flexibilité de carrières, l'attrait de celles-ci est limité par la reconnaissance sociale insuffisante et une rémunération inférieure à celle de la plupart des spécialités. En ce qui concerne le mode d'organisation de la pratique médicale, les signaux d'un changement profond de mode de pratique sont nombreux et proviennent de la prise de conscience des difficultés rencontrées par la profession. L'impact de la féminisation enfin est évident et cet article a pour but d'en analyser les caractéristiques.

Le long chemin parcouru par les femmes pour être reconnues dans le monde professionnel et médical n'a abouti que récemment. La prestigieuse université de Cambridge n'a autorisé les diplômes pour les femmes qu'en 1948 et la mixité n'est intervenue que tardivement, en 1988 pour le dernier collège. Dans les universités, de 1910 à 1960, seulement 5 % de tous les diplômés en médecine dans les pays occidentaux étaient des femmes. Ce qui a changé très rapidement puisque aujourd'hui plus de 50 % des étudiants en médecine sont des étudiantes alors que les postes de direction et les postes académiques sont encore en majorité masculins. A l'université catholique de Louvain, entre 1990 et 2002, la proportion d'étudiantes est passée de 50 % à 60 % et cette évolution semble atteindre un plafond depuis les années 2000. Les indicateurs d'activité étayent le constat que les femmes ont une moindre activité sur le marché médical tant en ce qui concerne l'emploi, le temps de travail et la production de soins. Néanmoins, cette différence est plus faible chez les jeunes médecins et chez les spécialistes¹. La situation est similaire ailleurs et, par exemple, à l'université Laval à Québec, en 2002, la proportion de filles inscrites en première année de médecine était de 67 % et 71 % à l'université de Montréal. Au terme de la résidence en spécialité, les femmes représentaient un peu plus de 60 % des finissants, en 2002, dans les facultés francophones du Québec. Au point que certains en arrivent à regretter non pas la présence des femmes en médecine mais bien l'absence des hommes.

L'évolution des pratiques médicales

S'interroger sur la pratique de première ligne et la féminisation de celle-ci, c'est aussi envisager l'évolution des pratiques médicales. Ce n'est que depuis les années 1970 que l'approche bio-psycho-sociale de la maladie² s'est développée parallèlement avec la nécessité de promouvoir en première ligne une approche centrée sur le patient intégrant la perspective du patient³. La croissance exponentielle des connaissances médicales au cours du dernier siècle a changé profondément les modes de pratique et la médecine basée sur les preuves

Dominique Pestiau, médecin généraliste, Centre académique de médecine générale, université catholique de Louvain.

Mots clés : femmes, médecine générale, soins de santé primaires, formation.

(*Evidence Based Medicine*) en est l'aboutissement, si ce n'est le triomphe. Conséquence de cette évolution, le recours aux soins hospitaliers et particulièrement aux nouvelles technologies s'est développé au point que le président du Conseil national de bioéthique en France, le professeur Didier Sicard, a publié un ouvrage intitulé « la médecine sans le corps ». Il est vrai qu'aujourd'hui, des collègues spécialistes peuvent passer une journée entière devant un écran sans voir un patient et en posant des diagnostics sophistiqués.

Les limites d'une approche curative (*to care*) basées sur les seules données objectives sont unanimement soulignées aujourd'hui et renforcent la nécessité d'une approche globale spécifique de la médecine générale. Conséquence de ces limites, l'enseignement s'est progressivement modifié pour intégrer les aspects relationnels et contextuels de la pratique médicale. Les étudiants conditionnés par un curriculum et une formation en premier cycle orientés vers une vision scientifique pointue de leur métier sont souvent désarçonnés par ces approches auxquelles ils ont été peu préparés. L'importance de la prévention et du *counseling* a également un impact sur la pratique médicale.

Des approches différentes selon le genre ?

Existe-t-il des différences entre les généralistes hommes et femmes pour rencontrer ces besoins et orientations nouvelles de la pratique médicale ? Plusieurs publications analysent cette question⁴⁻⁵⁻⁶. Les femmes médecins sont plus impliquées dans la relation avec les patients et pratiquent plus volontiers les examens gynécologiques. Les patients seraient plus satisfaits de la consultation réalisée par une femme. Elles proposent plus de *counseling*, plus de vaccinations et explorent les aspects émotionnels de la santé des patients. Elles ont également des consultations de plus longue durée en pratique urbaine lorsqu'il s'agit de problématiques psychosociales ce qui constitue une meilleure réponse aux attentes des patients⁷. S'il n'existe pas de différence entre les sexes en ce qui concerne les connaissances de base, les femmes médecins semblent donc plus sensibles aux

aspects psychosociaux, préventifs et éducatifs. Enfin, en ce qui concerne les étudiants de dernière année en médecine, une étude publiée dans *Academic Medicine*⁸ montre que les étudiantes sont plus centrées sur le patient et que les étudiants des deux sexes ont des difficultés à pratiquer des examens plus intimes pour les patients de l'autre sexe. Ceci devrait avoir des implications sur la formation des futurs généralistes.

Des attentes différentes ?

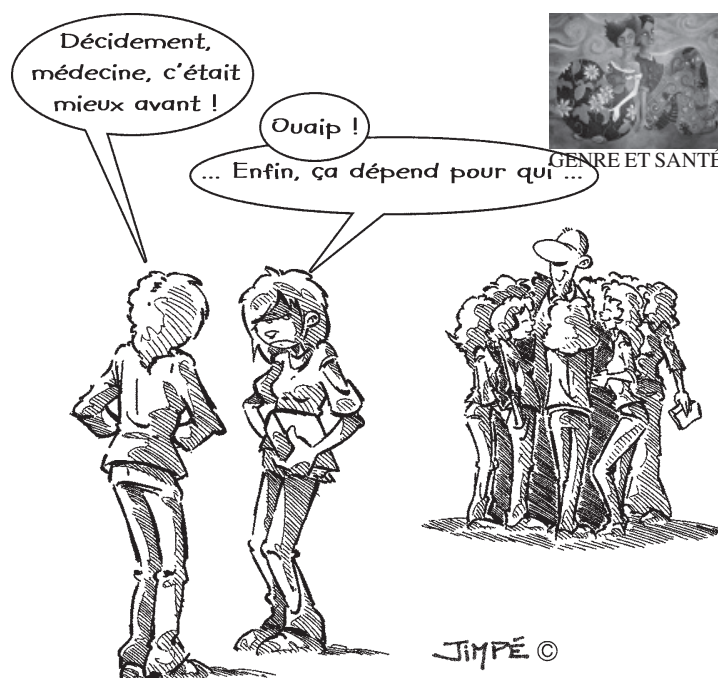
La question est aussi de savoir si les femmes médecins sont heureuses dans leur travail. Une étude montre que 84 % d'entre elles sont satisfaites de leur carrière médicale mais qu'un tiers ne poursuivraient pas leur carrière si elles en avaient la possibilité⁹. C'est surtout la possibilité de disposer d'un moyen de contrôle de l'environnement de travail qui est le facteur influençant le plus la satisfaction au travail et le besoin éventuel de changement. En effet, ceci a été investigué dans une étude concernant 4.501 femmes médecins aux Etats-Unis (59 % de répondants) et analysé du point de vue de la satisfaction au travail¹⁰. L'association la plus forte pour la satisfaction au travail concerne la capacité de contrôler la charge de travail (odds ratio : 11,3 ; 95 % d'intervalle de confiance, 7,3-17,5 ; $p < 0,001$). Différents éléments interviennent dans cette possibilité de contrôle : le temps passé avec les patients, la prévalence plus grande de contacts avec des patientes qui présentent plus de problématiques psychosociales, la gestion du temps non professionnel. Un meilleur contrôle du temps consacré aux patients et des rendez-vous devraient permettre de passer plus de temps avec les patients et augmenter ainsi la qualité des soins.

Les femmes médecins ont donc d'autres attentes professionnelles, d'autres horaires de travail et ceci n'est pas sans conséquence pour la profession. Que l'on pense par exemple au *numerus clausus* qui ne tient pas suffisamment compte du travail à temps partiel de plus en plus fréquent. Ou à l'organisation du travail qui est modifiée en profondeur et permet le développement des pratiques associatives, seules à même de rencontrer leurs attentes.

Perspectives

Un dicton populaire affirme que « la femme est l'avenir de l'homme ». Pourquoi ne pourrait-elle pas devenir celui de la médecine générale en faisant évoluer de manière significative les pratiques médicales vers plus de collaboration, de prévention, de vision holistique du patient et de son entourage. Gageons que cette évolution est porteuse de changements positifs pour une profession qui se cherche et qui aujourd'hui est entrée de plein pied dans une mutation de ses structures et modes de pratique. Le paradigme du colloque singulier qui a prévalu pendant longtemps en médecine générale est en train de se modifier pour évoluer vers un modèle de pratique transdisciplinaire où chaque soignant intervient avec son expertise professionnelle spécifique au bénéfice du patient. Cette évolution n'est pas sans conséquences parce que si elle n'enlève rien à la personnalisation du contact et à la qualité de la relation médecin-patient, elle pourrait améliorer la qualité des soins, la satisfaction et la qualité de vie du médecin. Est-ce pour autant la fin des pratiques solo ? Si la réponse à cette question est négative, la réalité du terrain montre que celles-ci auront cependant de plus en plus de difficultés à gérer les contraintes et attentes de la société. Nul doute que la féminisation contribue aux changements présents et à venir.

Michel Serres écrit que : « Exemplaires, vos deux têtes dont vous veillez tous les jours à la croissance parallèle, résumant, à mon sens, les conduites humaines, lorsqu'elles excellent dans l'intelligence ; l'une reste dans la science, l'autre plonge dans le paysage. Une bouche dit diabète, l'autre cite le prénom de celle qui en souffre. En ce tête-à-tête permanent gît le secret transhistorique de la médecine ». C'est sans doute à la réconciliation et l'utilisation équilibrée du cerveau gauche et droit, pôles masculins et féminins, que le philosophe nous invite. ●



Bibliographie

- (1) Lorant V. Artoisenet C., « La féminisation des études et de l'activité médicale », *Louvain Médical*. 123 ; Oct.2004. S 342-347.
- (2) Engel GL., « The need for a new medical model : a challenge for biomedicine », *Science* 1977 Apr 8 ; 196(4286) : 129-36.
- (3) Stewart M. et al., *Patient-centered medicine : transforming the clinical method*, 2003, Second edition. Radcliffe publishing. 376 pages. ISBN-10 1 85775 981 8.
- (4) Rouneau C., *Doctor's gender and patient care. A study of perceived behaviour during consultations. Proefschrift*. 1994. Thesis Leiden. 157 pages. ISBN 90-802083-1-0.
- (5) Flocke S., « Physician and patient gender concordance and the delivery of comprehensive clinical preventive services », *Med Care*. 2005 May ; 43(5) : 486-92.
- (6) Dollin J., « The feminization of family medicine : how is the health care system influenced ? », *The Canadian Journal of CME*. January 2002. 138-45.
- (7) Deveugele M. et al., « Consultation length in general practice : cross sectional study in six European countries », *BMJ*. 2002 Aug 31 ; 325 (7362) : 472.
- (8) Zaharias G., « Doctors and Patients : Gender Interaction in the consultation », *Academic Medicine* (2004) 79 : 148-55.
- (9) Paik J., « The feminization of medicine », Editorial. *JAMA* February 2, 2000 ; Vol. 283, N°5. 666.
- (10) Frank E. et al., « Career satisfaction of US women physician. Results from the women physician's health study », *Arch Intern Med*. 1999. 159 : 1417-26.

Paysages de médecine avec femmes

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

.....

Jusqu'au début du XX^{ème} siècle, la femme était considérée comme le « soignant naturel » de la famille mais, à moins de se faire religieuse, n'avait pas accès aux professions de soins, bastion réservé aux hommes. L'arrivée massive des femmes dans les professions médicales illustre la recomposition des rapports sociaux entre les sexes. Comment les intéressé(e)s vivent-ils/elles cette mutation ? Faut-il y voir la sortie progressive d'un régime « féodal » des sexes évoluant vers un système de relation plus réflexif ou est-ce une forme de recomposition de la domination masculine ?

.....

Un ou deux sexes ?

L'arrivée des femmes dans les professions d'élite, entre autres médicales, ne se réduit pas à une donnée démographique amusante. Elle donne à voir la transformation profonde des relations de pouvoir et d'inégalité entre hommes et femmes. Symptomatique du lien entre féminisation et recomposition des rapports de pouvoir, le monopole masculin en médecine disparaît en même temps que la quasi-obligation de sortir d'humanités gréco-latines pour accéder aux études de médecine, condition qui ne reposait que sur un obstacle social (ne pas connaître le latin était considéré comme la marque d'une condition inférieure) et n'avait plus de justification scientifique.

Dès lors que nous reconnaissons qu'il y a un lien entre genre, inégalité sociale et féminisation de la médecine, il n'est pas inutile de revenir sur ce qu'on implique en parlant de genre.

Dans le modèle dit « des deux sexes », le genre est défini sur base de l'immuable différence anatomique et physiologique entre l'homme et la femme. Cette définition était une « naturalisation » des femmes qui prend appui sur le déterminisme biologique pour justifier les inégalités sociales. À l'opposé, certaines approches féministes reposent aussi sur cette différence sexuelle mais, au contraire de la logique naturalisante, elles essentialisent et exaltent cette différence, célèbrent les qualités des femmes et les engagent dans une stratégie de résistance à la phallocratie (Irigaray).

Le modèle dit du « sexe unique » inverse la proposition précédente. « Sexe unique » ne signifie pas unicité anatomique entre hommes et femmes mais exprime l'idée que c'est le genre qui définit le sexe et non l'inverse, que le système de relations sociales crée la bi-catégorisation sexuelle en tant que division socialement significative, que le système social de différenciation et de hiérarchisation crée les catégories de sexe comme élément structurant des sociétés humaines. Selon ce point de vue (défendu entre autres par Bourdieu, Delphy, Guillaumin), le genre n'est plus un attribut individuel et les termes masculin/féminin ne prennent sens qu'à l'intérieur du système de rapports sociaux qui les a fait naître. Pour ces analyses dites constructivistes, le genre, en tant que processus social de différenciation/hiérarchisation, accorde aux différences biologiques une capacité de structuration sociale à tous les niveaux de la réalité sociale : niveau matériel de la division sexuelle du travail, niveau symbolique des catégories (masculinité et féminité), niveau des interactions entre hommes et femmes. Contrairement au modèle des deux sexes qui, partant d'une évidence biologique, aboutit à une impasse, le modèle qui reconnaît la prééminence du genre sur le sexe permet de penser une résistance à ce processus construit qui hiérarchise les genres.

Au XIX^{ème} siècle, le modèle des deux sexes est triomphant : le modèle du mâle *breadwinner* (qui gagne le pain quotidien) est hégémonique, le système d'inégalités entre les sexes est institutionnalisé dans le mariage dont les liens

Mots clefs : femmes,
inégalité sociales.



sont indissolubles, dans l'interdiction de l'avortement et de la contraception, dans l'exclusion des femmes des lieux les plus prestigieux de formation, d'emploi et de pouvoir politique (voir encadré : Gazon interdit) et dans la certitude d'une différence « naturelle » entre les capacités des hommes et des femmes. Le contrat de genre instauré lors du passage à la modernité industrielle s'élabore sur le principe de la dépendance sociale et économique des femmes. L'émancipation des femmes ne se réduit dès lors pas à l'égalité des droits, elle se définit comme une quête d'autonomie.

Dans son pamphlet *L'asservissement des femmes* publié en 1869, le philosophe John Stuart Mill (celui de l'utilitarisme) exige « la suppression des indemnités et des droits protectionnistes dont jouissent actuellement les hommes (...) car si grandes et apparemment si irréductibles que puissent être les différences morales et intellectuelles entre les hommes et les femmes, on ne saurait prouver que ce sont des différences naturelles (...). Les médecins et les physiologistes ont constaté jusqu'à certain point les différences dans la constitution physique. Certes, c'est un élément important pour le psychologue, mais malheureusement, peu de médecins sont psychologues ».

Aujourd'hui, cela nous paraît lointain. Les piliers objectifs de ce contrat sont érodés par les nouveaux droits que sont le divorce, l'avortement, la contraception, la disparition de l'incapacité juridique des femmes mariées, l'accès à l'enseignement, à la fonction publique et aux métiers « d'hommes » etc. Mais le processus de différenciation sociale/hiérarchisation basé sur le genre reste solide, ainsi que nous le montre l'analyse de la féminisation des professions « d'élite ».

Féminisation et féminisation

Il ne suffit pas de constater la féminisation des professions « d'élite », comme la profession médicale, pour conclure à la fin des inégalités : ce terme de féminisation recouvre des réalités différentes, que l'on peut décrire en quatre tableaux.

Dans un premier sens, la féminisation peut

Gazon interdit

La scène se passe en 1928, dans un collège anglais bizarrement nommé Oxbridge...
Virginia Woolf traverse le collège.

Je me retrouvai donc en train de marcher d'un pas rapide sur l'herbe d'une pelouse. A l'instant même une forme humaine se dressa devant moi pour me barrer le chemin. Tout d'abord, je ne compris pas que les gestes de cet objet étrange, en jaquette et chemise empesée, étaient dirigés contre moi. Le visage de cet objet exprimait l'horreur et l'indignation. L'instinct plutôt que la raison me vint en aide : l'homme était un appariteur, j'étais une femme. D'un côté il y avait du gazon, de l'autre il y avait une allée. Seuls les professeurs et les étudiants étaient admis sur le gazon ; le gravier m'était destiné. Ces pensées naquirent en une seconde. Tandis que je regagnais l'allée, les bras de l'appariteur retombèrent, son visage recouvra son calme coutumier...

Une chambre à soi, Virginia Woolf

recouvrir l'ouverture aux femmes des échelons inférieurs de certaines professions, éventuellement délaissées par les hommes en raison de leur dévalorisation économique ou sociale ; cette « féminisation » perpétue la dévalorisation des femmes sans modifier le système social de genre, qu'on l'appelle domination masculine ou patriarcat. Une version en miroir de ce mécanisme consiste à constater que l'arrivée des femmes dans une profession explique en elle-même ou provoque le déclassement de cette profession.

Deuxième approche, la féminisation peut correspondre à la diffusion des valeurs féminines dans les ex-bastions masculins où elles arrivent en nombre. Cette perspective s'appuie sur une conception statique du masculin et du féminin qui sont censés fonctionner comme des archétypes. On peut alors assister à une transformation des groupes professionnels mais sans

que le principe du genre comme système d'organisation sociale soit modifié.

Troisième perspective, l'entrée des femmes dans un contexte professionnel peut s'accompagner de leur « virilisation » au sein d'une profession dont la culture dominante masculine ne change absolument pas (c'est ce qu'on appelle aussi la socialisation inversée). C'est ainsi que n'accèdent aux échelons supérieurs que les femmes « plus viriles que les hommes ». La virilisation de la femme devient aussi un argument de vente très envahissant dans la publicité, qui étale volontiers des images de femmes dominatrices là où jadis pullulait la femme-objet. Ce phénomène, étudié par Vinciane Pinte, table sur des figures de femmes libérées qui en fait restent largement tributaires des exigences de la masculinité. Comme dans la seconde perspective, il y a ici une réification des notions de masculinité et de féminité, mais en même temps, il y a, via cette virilisation de la femme, une rupture de l'équation homme = masculin et femme = féminin, bien que cette « mobilité de sexe » soit très limitée et ne transforme pas la logique hiérarchisée du processus de différenciation.

La dernière perspective aborde le processus de féminisation des professions d'élite sous l'angle d'une transformation réelle ou potentielle du processus de différenciation/hiérarchisation. L'accès des femmes aux positions de pouvoir ou de prestige marque l'affaiblissement du lien entre sexe biologique et devenir social (en termes d'autonomie et d'indépendance). Cette féminisation n'est pas seulement cause de la transformation sociale, elle en est aussi le résultat. Quand les femmes s'approprient l'accès aux formes sociales, politiques, économiques et personnelles d'autonomie, alors le principe du genre comme processus social déterminant est remis en cause, l'hypothèse selon laquelle le genre ne constitue nullement un élément nécessaire des sociétés humaines devient pensable et rend obsolète la notion d'identité masculine ou féminine.

Elles arrivent...

Réalisée en France dans les années 90, une enquête sur la carrière de 509 femmes médecins à ce moment retraitées montre que leur itinéraire s'était construit autour de deux facteurs : leur origine sociale et leur identité de femme.

La plupart de ces femmes médecins étaient issue d'un milieu socialement élevé et financièrement aisé, de tendance progressiste, qui leur permettait d'affronter le choix d'une carrière encore considérée comme masculine et de trouver les appuis financiers et « domestiques » nécessaires.

L'identité de genre par contre jouait comme un handicap. Le fait d'être femme limitait leurs choix professionnels et l'accès aux réseaux de « clientélisme ». On attendait d'elles qu'elles fassent davantage preuve de compétence que les hommes et on les cantonnait dans des pratiques préjugées plus adaptées aux femmes. Françoise Giroud estimait à l'époque que l'égalité serait atteinte lorsqu'on supporterait des femmes ce que l'on admet si facilement des hommes : l'incompétence, y compris à un haut niveau de responsabilité... De leur côté, ces femmes consacraient moins de temps aux aspects informels de la profession, pourtant nécessaires pour entretenir un réseau efficace de collègues, s'impliquaient peu au niveau de l'organisation professionnelle et adhéraient





moins aux choix idéologiques et à la quête de pouvoir. En fait, par rapport aux hommes, elles se concentraient plus sur la réalisation des tâches professionnelles, à l'instar de groupes dominés qui accèdent nouvellement au savoir et ne peuvent se permettre ni de prendre de la distance par rapport aux tâches ni de faire preuve de la décontraction qu'autorise un capital social solidement ancré.

Elles sont là

Les nouvelles générations de femmes médecins ne correspondent plus à ce modèle « pionnier ». Mais l'analyse des manières dont elles vivent leur pratique montre l'importance persistante de leur expérience sociale du genre, de la manière dont elles intériorisent ou transgressent la logique et la légitimité du processus de différenciation / hiérarchisation selon le sexe et inventent d'autres manières de vivre. Et cela dans un contexte caractérisé par les tensions entre le modèle « fondateur » du mâle *breadwinner* et d'autre part l'individualisation croissante des trajectoires féminines.

On peut décrire trois « trajectoires ».

Les femmes peuvent s'inscrire dans la profession selon une logique d'intégration normative qui reproduit les schémas du genre dans la sphère professionnelle et dans la sphère domestique et se fonde sur la dépendance matérielle et idéale vis-à-vis du mâle *breadwinner*. Généralement ces femmes choisissent vers des secteurs d'activité médicale plus compatibles avec une identité centrée sur la vie familiale et domestique.

D'autres, qui se trouvent par exemple engagées dans des schémas de carrière ascendante ou qui connaissent des situations personnelles exceptionnelles (isolement, mono-parentalité, etc.) peuvent adopter des logiques d'action fondées sur l'autonomie et sur des « stratégies de carrière » habituellement associées aux hommes. Ces pratiques « virilisées » consolident la logique de la différenciation/hiérarchisation des sexes et la croyance selon laquelle la réussite professionnelle chez la femme (et elle seule) est incompatible avec toute forme d'engagement conjugal ou parental.

Loin de ces logiques, la forme la plus achevée de l'autonomie s'inscrit dans une distanciation réflexive vis-à-vis du processus même du genre. Cette forme d'autonomie transcende la logique et la légitimité du processus de différenciation/hiérarchie. Plus que la remise en question de la place « assignée » en raison du sexe, il y a remise en question de la légitimité même de la hiérarchie des sexes. Elle nécessite la rencontre dans la sphère privée et professionnelle d'autres acteurs (notamment des hommes, collègues et conjoint) qui tendent également à un effacement des principes de différenciation/hiérarchisation. Ces femmes ne mènent leur carrière ni sur le modèle masculin ni selon des normes féminines. Le fait de ne pas se caractériser selon ces catégories révèle l'expérience réflexive du genre. Les facteurs extra-professionnels pèsent autant sur les épaules de leurs partenaires que sur elles. Mais ces femmes (et ces partenaires masculins) semblent actuellement minoritaires...

Souvent les femmes oscillent entre ces différentes logiques, selon leur parcours de vie (d'un modèle d'intégration normative où elles dépendent d'un mâle *breadwinner* à une logique plus autonome ou inversement). Les circonstances et conditions de travail interviennent également. Par exemple, la médecine de groupe ou salariée s'inscrit généralement dans une logique d'intégration normative, de subordination de l'activité professionnelle à l'investissement familial.

Le parcours professionnel des femmes médecins demeure plus difficile que celui des hommes. Des données du ministère belge de la Santé mentionnent un abandon de 30% chez les femmes médecins durant les cinq premières années de pratique. Des études anglaises mettent en évidence le risque accru de suicide chez les femmes médecins hospitalières. Le risque de burn-out serait 1,6 fois plus élevé que chez les hommes, la présence de collègues ou d'un conjoint soutenant diminuant ce risque de près de la moitié.

La pratique des femmes médecins est-elle différente de celle des hommes ? Les attentes des patient(e)s sont-elles différentes selon le genre du soignant ? La plupart des études ne donnent pas de réponses tranchées. Tout au plus

En Belgique

En 2000, un médecin sur trois était une femme. Les indicateurs montraient qu'elles avaient une activité moindre en termes d'emploi, de temps de travail et de production de soins. Néanmoins, cette différence était plus faible chez les jeunes et les spécialistes ainsi que dans les couples sans enfants, sans que l'on puisse actuellement départager ce qui tient à l'effet féminisation et à l'effet génération. Certains travaux suggèrent que les choix des femmes en matière d'activité professionnelle sont plus sensibles aux variations de rémunérations et donc influencés dans le sens d'une activité plus réduite par les rémunérations plus faibles associées à l'importance de la densité médicale.

Les femmes investissent massivement la pédiatrie et la dermatologie (plus de 80 % de femmes dans ces spécialités), la psychiatrie infantile et l'ophtalmologie (plus de 70 %), la biologie clinique, la médecine physique et la gynéco-obstétrique (plus de 60 %). L'urologie, la neurochirurgie et l'orthopédie sont les spécialités les moins appréciées (15 % de femmes). Des hypothèses non démontrées évoquent un travail féminin plus fréquemment organisé en temps partiel.

Les carrières académiques s'ouvrent difficilement aux femmes : si en 2002 les thèses de doctorat à l'université catholique de Louvain étaient défendues par 49 % de femmes (44 % en 2003), seuls 12 % des enseignants de l'école de médecine sont des femmes. La carrière hospitalière demeure masculine : en 2004 à l'université catholique de Louvain, seulement cinq femmes étaient chef de service sur quarante-cinq services, et quatre d'entre elles étaient nommées depuis moins de cinq ans.

semble-t-il que les femmes médecins donnent davantage de place à la parole, la leur et celle des patients, et qu'elles gagnent moins que leurs confrères. Même le lieu commun selon lequel elles travaillent davantage à temps partiel que les hommes n'est pas confirmé.

L'attitude des mâles de la profession médicale face à la féminisation semble un sujet d'étude peu couru (la résistance face aux nouveaux rapports sociaux de genre a fait l'objet de nombreuses recherches, mais nous n'avons pas connaissance de travaux d'envergure spécifiques à la profession médicale). Il semble néanmoins que les stéréotypes aient la vie dure. Beaucoup de femmes médecins assument encore seules la double charge du travail professionnel et domestique et doivent affronter l'attitude machiste des confrères. Interrogée par le *Journal du Médecin* (4 septembre 2007), le D^r Sherf, femme médecin généraliste à Soignies, évoque ses études : « ... j'avais appris que les assistantes ne pouvaient pas être enceintes pendant leur formation en chirurgie. Cela m'a détourné de la chirurgie ». Et, parlant de ses relations avec les confrères : « J'ai d'excellents contacts avec mes consœurs : nous sommes solidaires les unes des autres, nous nous relayons lorsqu'un de nos enfants est malade. Par contre, pour certains confrères nous sommes des femmes... dont la place est au foyer. Certains médecins restent assez machos, considèrent leurs consœurs comme des sous-produits et estiment par ailleurs que la médecine est dévalorisée à cause des femmes car elles ne prestent pas autant d'heures que les hommes ».

Si l'arrivée des femmes dans la profession médicale n'est plus une curiosité, les manières dont elles sont accueillies et s'y intègrent sont nombreuses et variées, pas toujours « progressistes ». Il faut espérer que, dans le contexte où plus de la moitié de la profession sera sous peu féminine, la logique d'action réflexive prendra le dessus et permettra à toutes et tous à la fois de s'y épanouir et de donner la pleine mesure de leurs capacités et de leur créativité. ●



Sources

« Carrières et pratiques des femmes médecin en France 1930-1980 : portes ouvertes ou fermées ? »
Dominique Cèbe in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ouvrage collectif, Collections Recherche, Santé, Social, Éditions ENSP Rennes 2001.

« La féminisation de la profession médicale : voie de recomposition ou transformation de genre », Nicky Le Feuvre in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ouvrage collectif, Collections Recherche, Santé, Social, Éditions ENSP Rennes 2001.

Une chambre à soi, Virginia Woolf, Bibliothèque 10/18, Denoël, Paris 1996.

L'asservissement des femmes, John Stuart Mill, Éditions Payot et Rivages, Paris 2005.

« Une généraliste au pas déca-dansé », Colette Barbier, *Le Journal du médecin* n° 1854, 4 septembre 2007.

« La féminisation de la profession médicale. La carrière académique et hospitalière des femmes médecin », JJ. Rombouts et V. Godin, *Louvain Médical* 2004 ; 9, 338-341.

« La féminisation des études et de l'activité médicale », V. Lorant, C. Artoisenet, *Louvain Médical* 2004 ; 9, 342-347.

Le burn out du soignant, Michel Delbrouck, De boeck et Larcier 2003.

La domination féminine, Vinciane Pinte, Éditions Labor et Espaces de liberté, Bruxelles 2003.

Les prestataires de soins : des femmes et des hommes

Anne Gillet-Verhaegen,
médecin
généraliste, vice-
présidente du
Groupement
belge des
omnipraticiens.

.....

Vice-présidente du Groupement belge des omnipraticiens, principal syndicat des généralistes, Anne Gillet est aussi médecin de terrain. Elle plaide pour que les spécificités de l'exercice de la médecine par les femmes fassent l'objet de mesures adaptées, mais inscrit ces revendications dans un combat plus global qui vise à une prise en compte pour tous les généralistes de la pénibilité de leur travail et de l'insuffisance de la reconnaissance dont il fait l'objet.

.....

Un constat, un paradoxe, certaines pénuries s'installent sur le terrain de la médecine de famille alors que nous connaissons toujours un contexte de pléthore générale : les candidats médecins se détournent de la formation spécifique de médecin généraliste, plus particulièrement les candidats masculins, la pénurie menace dans certains quartiers difficiles urbains, certaines tâches comme la garde sont désertées, provoquant des pénuries de nuit dans un contexte de pléthore de jour.

Le Dr Ghislaine De Smet, médecin généraliste relevait judicieusement que : « les pénuries dans les professions d'infirmiers, d'enseignants et maintenant de médecins généralistes... ont été précédées par leur féminisation... Hasard ? Preuve que les femmes sont plus nombreuses sur le marché du travail et préfèrent ce type de profession ? Peut-être ! Mais ce qui est certain, c'est que les difficultés et l'exigence du travail

dans ces secteurs se combinent à l'insuffisance des revenus ; et que les femmes, habituées à des salaires inférieurs, les acceptent encore, alors que les hommes s'en détournent déjà ».

Revenons sur ces deux concepts : la pénibilité du travail et l'insuffisance des revenus.

La pénibilité du travail

La pénibilité du travail de ces professions et en particulier des généralistes, tant pour les femmes que pour les hommes, est insuffisamment reconnue. Les difficultés des généralistes vont de manière croissante. La confrontation à la maladie a toujours été chose difficile. Mais aujourd'hui certaines inadéquations rendent l'exercice de leur profession humainement plus difficile encore.

En effet, il y a inadéquation entre le savoir techno-scientifique médical enseigné et la réalité individuelle de chaque patient, de plus en plus diversifiée vu le brassage des populations. Les études de médecine sont encore trop centrées sur l'approche technique et hospitalière. Or, c'est bien à la sortie de l'hôpital que l'on prend la mesure de l'impact de la maladie sur la vie familiale, relationnelle, sociale, professionnelle. Et là, le job des généralistes prend tout son sens, dans un échelonnement des soins (non contraignant) malheureusement encore trop peu accepté par les confrères spécialistes.

Certaines études relèvent que les femmes se focalisent plus que leurs confrères masculins sur la prévention, l'information et l'éducation à la santé. Mais les études universitaires ont peu développé la formation à ces trois pôles.

Ces mêmes études révèlent aussi que le mode de relation patient/soignant développant la « participation » est plus typiquement féminin. Or, nous ne sommes pas sans savoir qu'ouvrir la porte à la participation demande une maîtrise plus approfondie de la relation : les études universitaires ont singulièrement minimisé l'apprentissage à cette relation. Et sans formation

Mots clefs : médecine générale, femme, syndicalisme.



particulière, spécifique au *counselling* et à l'interaction participative, ce mode de relation est plus difficile à assumer et la souffrance du soignant menace plus volontiers. Est-ce une des raisons du nombre plus important de départ prématuré de la profession chez les femmes ? Est-ce une des raisons de la présence très féminine dans les mouvements de la base exprimant dans les rues ces dernières années une souffrance mal reconnue ?

Les généralistes sont confrontés à un monde de plus en plus consumériste, manipulé médiatiquement, séduit par les nouvelles technologies présentées comme progrès universels. Ils se trouvent alors face aux exigences des patients que la médecine leur résolve tout et les préserve de tout échec et tout risque.

D'autre part, « les médecins sont confrontés à la société qui leur délègue la gestion des conséquences médicales et sanitaires des drames environnementaux, des drames sociaux suite aux choix économiques d'hyper-compétitivité et de dérégulation engendrant stress, chômage, précarité..., des drames humains que sont les guerres, l'immigration, l'éclatement des familles,... et cette même société, via les pouvoirs publics, qui exige d'eux de gérer ces conséquences au moindre coût » (JM Mélis, médecin généraliste).

La question se pose alors : comment soutenir ces travailleurs de première ligne qui « font front », pour leur éviter un burn-out provoqué par des messages contradictoires ?

Il nous faut une formation universitaire et post-universitaire indépendante de toute influence commerciale et institutionnelle. Nous plaçons pour une formation scientifique et relationnelle, et aussi politique, sociale et éthique, pour apprendre à prendre la mesure des enjeux en présence, pour assurer avec bonheur un rôle d'interface entre le monde médico-politico-socio-économique et le patient dans son histoire médicale.

La tâche est difficile. L'hebdomadaire *Knack* titrait : « De geneesheren zijn de gijzelaars van de patiënten » (« Les médecins sont les otages des patients »). Les polémiques concernant la sur-prescription d'antibiotiques et les certificats suspects de complaisance dans les écoles pour-

raient faire craindre que le journaliste de *Knack* soulève une problématique réelle. Ces polémiques révèlent la difficulté majeure dans la négociation de rester fermes, capables de résister aux pressions, quelles qu'elles soient, d'où qu'elles viennent. C'est ici que trouver un équilibre entre la féminité et la masculinité dans nos attitudes a toute sa pertinence : entre interaction participative et fermeté directive, entre souci de l'individu et souci du collectif, pour « faire émerger l'individu là où il n'y a plus assez d'individu et faire émerger le social là où il n'y a plus assez de social ».

L'insuffisance des revenus

Quant à l'insuffisance des revenus : le mode de financement actuel, essentiellement à l'acte, ne reconnaît pas les différences dans la pénibilité du travail. C'est une raison pour laquelle nous voyons apparaître la tendance : « à population pauvre, soignants paupérisés ».

Le mode de financement à l'acte ne soutient pas non plus le côté qualitatif apporté par l'écoute, l'accompagnement, le *counselling*, la guidance, la prévention, l'éducation à la santé. Comment valoriser ce mode de travail ? Nous plaçons, en plus du paiement à l'acte, pour le développement de deux autres modes de financement : les financements à la patientèle et à la pratique. Le soutien financier à la pratique de groupe est une autre forme de financement permettant un partage plus solidaire entre hommes et femmes du temps de travail et des charges familiales tout en préservant la continuité des soins. Ceci est indispensable si l'on veut donner des chances aux atouts féminins d'imprimer leurs influences sur la pratique médicale.

Les femmes ont été habituées à être considérées comme apportant « un deuxième » revenu : or, il faut le constater, de plus en plus souvent les femmes médecins assurent le premier revenu du ménage : perte d'emploi du conjoint, famille monoparentale, revenu moindre du conjoint... Quelles conditions sociales sont mises en place pour permettre à la femme de déployer toute



son activité, pour s'assurer d'un revenu plein : protection particulière des grossesses (comme pour les infirmières salariées), protection des maternités (depuis le 01-01-2003 elles ont droit à six semaines de congé de maternité rémunérées... de façon trop modeste), récupération rémunérée après un week-end de garde, organisation des gardes des enfants en dehors des heures de bureau (la femme médecin effectuant des journées plus longues que le 8-18 h), extension de la déductibilité fiscale des frais de garde après l'âge de trois ans (reconnus actuellement jusque trois ans), déductibilité fiscale des frais de maintenance du ménage (le système actuel des titres-services va dans le bon sens)...

Plus largement, comment concrétiser une indispensable reconnaissance du service public rendu par les médecins dans l'exercice de leur profession indépendante ? Ce point est essentiel pour soutenir efficacement l'organisation de la garde en médecine générale, menacée de disparaître à moyen terme. Les médecins, hommes comme femmes, revendiquent légitimement un équilibre entre leur vie de famille et leur vie professionnelle. Il est de la responsabilité des politiques d'en tenir compte. Le concept de l'honoraire de disponibilité a été pensé pour permettre financièrement le développement,

entre autres, d'appuis domestiques nécessaires à la réalisation de cette tâche professionnelle. Ou encore, quelles mesures mettre en œuvre qui augmenteraient la solidarité entre indépendants ? L'obligation pour les indépendants dès 2008 de cotiser pour les petits risques va dans le sens de cette solidarité.

Par ailleurs, pointons la quasi-absence de présence féminine dans les différents niveaux de décision : au sujet du syndicalisme médical, peut-on penser que la sous-représentation féminine est un des facteurs expliquant la persistance de la suprématie de la technicité sur l'acte intellectuel ? Peut-on penser qu'un financement du syndicalisme médical mènerait les femmes à s'y investir en plus grand nombre et y imprimer leur manière de voir ? La très récente obtention de ce financement nous permettra de répondre à cette question d'ici peu. La présence féminine massive dans les formations continues exprime peut-être ici le choix des femmes - contraintes à choisir des priorités dans leur temps bénévole - à peaufiner l'« œuvre » thérapeutique entamée individuellement avec les patients... plutôt que l'approche organisationnelle de leur métier.

Ainsi, développer ces différents financements alternatifs, c'est permettre une solidarité entre tous les membres de la profession, hommes comme femmes, avec une attention particulière aux plus fragilisés mais non moins indispensables vu leurs apports spécifiques. C'est permettre un équilibre tant professionnel que privé entre tous.

Le choix d'une société plus juste

Très certainement l'évolution des rapports entre médecins et patients s'est effectuée par leur mise en question philosophique, politique, sociale et éthique. Les médecins tentent aujourd'hui de se positionner en tant que partenaires par rapport à leurs patients. Ce changement d'attitude n'est certes pas l'apanage des femmes. Les hommes ont aussi contribué à cette évolution des rapports.

C'est pourquoi « si j'avais une revendication



GENRE ET SANTÉ

féministe à formuler, ce serait celle de réhabiliter les hommes dans tous les métiers d'éducation et de soins d'où ils disparaissent, parce que la société a besoin d'eux. C'est une question d'équilibre ».

N'est-ce pas faire là le choix d'une société plus solidaire, plus juste, plus humaine, plus solidaire ? ●

Soins profanes, division du travail entre hommes et femmes

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

.....

C'est dans la sphère domestique que l'inégalité sexuelle face aux tâches demeure la plus tenace. Les soins de santé « profanes », gratuits et méconnus, sont toujours l'apanage des femmes, fut-ce au prix d'un chantage affectif et moral...

.....

Contrairement à ce qu'une vision rapide donne à croire, les plus gros « producteurs de soins » ne sont pas les professionnels, qui n'interviennent que tardivement, lorsque les autres ressources santé ont montré leurs limites, et ponctuellement, lors de contacts ambulatoires ou d'hospitalisations dont la durée est toujours limitée. Les profanes sont les vrais « plus gros producteurs de soins », ils interviennent en temps réel, ils évitent ou retardent l'intervention des professionnels, ils accompagnent les malades à domicile et assurent l'interaction avec les professionnels. Mais comme ces soins sont « gratuits », ils sont beaucoup moins visibles.

Les soins profanes, qui ne sont explorés que depuis peu, constituent un travail qui est, comme les soins professionnels, soumis à une division sexuelle. Cette répartition a longtemps paru « évidente » : les femmes prenaient « naturellement » en charge les soins aux enfants, aux personnes âgées, aux malades. Mais depuis le développement industriel, le besoin de main-d'œuvre attire de nombreuses

femmes dans le travail salarié, ce qui les rend moins disponibles dans la sphère domestique et fait apparaître la nécessité de « socialiser » les tâches de soins. Cette socialisation s'est marquée par l'embauche de nombreuses femmes dans les services aux personnes.

Depuis les années 80, il y a une volonté politique de renvoyer à la famille un certain nombre de tâches de santé et l'attention se porte sur ceux que l'on appelle dès lors les « aidants naturels », terme englobant tout l'entourage du malade, mais qui se réduit le plus souvent aux femmes de la famille. Il est désormais demandé aux professionnels d'accompagner les profanes et les familles, de les éduquer sans se substituer à elles. De leur côté les profanes, dont le niveau de connaissance et d'exigences a beaucoup augmenté, tendent à être plus présents dans les décisions de santé. Mais cette nouvelle configuration des rôles de soins n'a en rien entamé la division du travail entre hommes et femmes : c'est toujours à ces dernières que les activités sanitaires profanes sont massivement attribuées tandis que les hommes en demeurent largement exemptés.

Aidant pas si naturel que cela

Comme pour beaucoup d'autres tâches domestiques, il règne dans l'attribution d'une tâche de soins à un homme ou une femme une tenace dissymétrie : les hommes choisissent d'effectuer une tâche selon leur goût (ou leur dégoût), ils gardent avec les activités de santé un rapport distancié, quasiment facultatif.

Par contre les femmes ne se sentent pas autorisées à se placer sur le registre de la préférence, elles se perçoivent comme le principal responsable de la santé du proche malade et prennent tout en charge sans discrimination, quitte à insister auprès de l'homme pour qu'il en assume une part. Le préjugé selon lequel la femme est « naturellement compétente » et l'homme « forcément incompétent » en ces domaines a la vie dure. Quant les circonstances veulent que

Mots-clefs : femmes, économie de la santé.



Du physique au métaphysique, rien ne change...

La dévolution des femmes aux affaires du corps remonte loin dans le temps. Dans l'antiquité grecque, la différence des sexes est l'effet d'un éloignement plus ou moins grand des êtres par rapport au divin, le mâle étant plus près du divin que la femelle... La proximité masculine avec l'éternel s'accompagne du désir de se détourner de la finitude des êtres temporels, et donc de la reproduction des corps, travail des femmes. Seul un amour fécond selon l'âme et non selon le corps peut rapprocher de Dieu : c'est un des rôles de l'amour des hommes pour les garçons dans la Grèce classique... Le christianisme primitif reproduit cette hiérarchie. Pour Origène, une part de chacun est tournée vers le haut, c'est la part masculine, l'autre vers le bas, la part féminine. Cette distribution verticale des genres exclut toute égalité morale ou ontologique des hommes et des femmes. Les premiers chrétiens rejettent la fécondité terrestre, et donc le rôle des femmes dans la procréation car le Royaume de Dieu est proche et arrêter le cycle des générations et des morts en renonçant à la sexualité est une façon de hâter sa venue et l'accès à l'éternité. Pourtant Saint-Paul affirme qu'il n'y a « ni mâle ni femelle, car tous vous ne faites qu'un dans le Christ Jésus » (épître aux Galates). En fait, il fait référence au temps spirituel où la différence des sexes disparaît devant Dieu, tandis que dans le temps terrestre, la femme reste inférieure, car « l'homme ne fut pas créé à cause de la femme, mais la femme à cause de l'homme. La femme est donc tenue de porter sur la tête un signe d'autorité... » (Épître aux Corinthiens). La distinction masculin/féminin reproduit ainsi l'opposition forme/matière ou spirituel-corporel.



L'homme soit le soignant principal (quand par exemple il ne lui a pas été possible de se décharger ni sur une femme de l'entourage ni sur une professionnelle), il sera valorisé pour ce qu'il réalise et obtiendra plus facilement de l'aide tandis que de la femme on attend qu'elle assume le travail de soins en silence, de manière « invisible », ce que souvent elle intègre profondément, au point que si l'on met son travail à l'honneur, elle exprimera souvent l'impression de n'avoir rien fait de spécial (dans les mêmes circonstances, l'homme sera un héros). La femme qui n'assume pas correctement et humblement ces tâches sera mal jugée et incitée à se former plutôt que d'en être déchargée. Cette invisibilité du travail de soins féminin peut se vivre sous deux registres : celui du don de soi, décidé par la personne en toute autonomie, et celui du silence imposé par la norme sociale à une catégorie de la population (les femmes) envers qui on ne souhaite ne pas être redevable. Ainsi le travail des femmes est escamoté ou attribué à la solidarité « familiale ». Ce travail résulte d'une assignation (le plus souvent non verbalisée) et non d'un choix. L'amour et

L'affectif sont mis en avant pour justifier cette assignation, des sentiments dont les hommes sont apparemment dispensés dans les soins profanes... Peu importe si la femme soigne un parent qu'elle ne supportait pas, la manipulation fonctionne car elle répond à la pression de la conformité aux modèles culturels. Il s'agit donc bien d'une construction sociale de la division inégalitaire du travail entre les sexes. Dès lors parler d'aidants naturels revient à parler d'une relation de travail assigné et non pas choisi.

Sources

« Les soins profanes et la division du travail entre hommes et femmes », Geneviève Cresson, in *Femmes et hommes dans le champ de la santé*, ouvrage collectif, Collections Recherche, Santé, Social, Éditions ENSP Rennes 2001.

La métaphysique des sexes, Christiane Agacinski, Éditions du Seuil, Paris 2005.

Amour gratuit

Largement invisible ou à peine reconnu, réputé être le fruit de l'amour, ce travail n'est jamais évalué ni a fortiori rémunéré. En général l'évaluation d'un travail ne se limite pas à l'évaluation de la tâche mais inclut l'évaluation des qualités sociales des personnes : c'est la valeur d'une classe d'individus que l'on juge ainsi (ce qui explique pourquoi l'honoraire du chirurgien est si différent de celui de l'infirmière qui soigne le même patient). L'évaluation monétaire est donc subordonnée aux décisions sur les valeurs, décisions éminemment politiques et culturelles, qui reflètent les rapports de force. A titre anecdotique, lorsque dans les hôpitaux on a remplacé les religieuses de moins en moins nombreuses, il fallait engager cinq infirmières ou garde-malades pour faire le travail d'une religieuse. Mais au plan politique, les débats sur la rétribution du travail domestique risquent de se faire attendre longtemps.

Ainsi les soins profanes sont un excellent observatoire des rapports sociaux de sexe. Le fait que les femmes s'investissent massivement dans ces tâches sous-évaluées et peu valorisées ne peut être pris pour un signe d'autonomie mais au contraire confirme leur domination. Leur consentement à cette division du travail ne peut être un réel consentement mais constitue le résultat d'un rapport de forces qui leur est défavorable. ●

Une politique de santé pour les femmes



.....

C'est en 1791, en pleine Révolution française, que Marie Gouze, dite Olympe de Gouges, proclame la Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne. Deux ans plus tard, elle perdra la tête sur l'échafaud, non pas pour ses convictions de genre mais à cause de ses idées jacobines. Depuis, bon nombre de ses exigences ont été rencontrées, mais le combat pour l'égalité entre femmes et hommes est loin d'être achevé.

.....

- la persistance de la pauvreté qui pèse de plus en plus sur les femmes ;
- l'accès inégal à la formation ;
- l'accès inégal aux soins de santé et aux services sanitaires, les disparités et insuffisances en ce domaine ;
- la violence à l'égard des femmes ;
- les effets des conflits armés ou autres sur les femmes ;
- les inégalités face aux structures et politiques économiques et face à l'accès aux ressources ;
- le partage inégal du pouvoir et des responsabilités ;
- l'insuffisance des mécanismes de promotion de la femme ;
- le non respect des droits fondamentaux des femmes ;
- les images stéréotypées des femmes et les inégalités d'accès et de participation aux media et systèmes de communication ;
- la disparité dans le domaine de la gestion des ressources et de la préservation de l'environnement ;
- la persistance de discriminations à l'égard des petites filles.

Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

Les sessions de l'assemblée générale des Nations-Unies de 2000 et 2005 à New-York mettent en place des procédures d'évaluation (« Pékin + 5 », et « Pékin dix ans après ») qui maintiennent la pression sur les gouvernements pour qu'ils appliquent les priorités du plan d'action.

La légitimité de ce combat est pourtant reconnue au plan international. En 1975, la première conférence mondiale des Nations-Unies sur les femmes se tient au Mexique et élabore un plan d'action pour le progrès de la femme. Après celles de Copenhague (1980) et de Nairobi (1985), la quatrième conférence publiée en 1995 la Déclaration de Beijing aux termes de laquelle les gouvernements signataires s'engagent à faire progresser les objectifs d'égalité, de développement et de paix pour les femmes du monde entier. Un programme d'action est élaboré pour renforcer le pouvoir des femmes au niveau social, économique et politique, améliorer leur santé, faciliter leur accès à l'éducation et protéger leur droit de reproduction en veillant à ce qu'une perspective sexo-spécifique soit appliquée à toutes les politiques. Les domaines d'action prioritaires du plan d'action de Pékin sont :

La Belgique, à petits pas

Chez nous, les enquêtes santé réalisées en 2002 et en 2004 par l'Institut scientifique de santé publique démontrent qu'il existe des différences de santé tant physique que mentale entre hommes et femmes. Les femmes souffrent, entre autres, davantage de migraines, de dépressions, d'affections de la thyroïde, de troubles de l'alimentation (anorexie et boulimie), d'ostéoporose ou de phobies que l'homme. Du fait de leur espérance de vie plus longue, elles sont davantage exposées aux maladies dégénératives telles que la maladie d'Alzheimer. Leur risque de maladie cardio-vasculaire, première cause de mortalité chez la femme ménopausée, est sous-évalué. Leur sensibilité aux médicaments

Mots clés : femmes,
politique de santé, inégalités en santé.

Le Lobby européen des femmes

Le Lobby européen des femmes (LEF) est une large alliance d'organisation non-gouvernementale de femmes dans l'Union européenne (plus de 4000 organisations membres). La coordination belge est représentée par trois organisations : le Conseil des femmes francophones de Belgique (CFFB), le Nederlands-talige vrouwenraad et le Comité de liaison des femmes (CLF).

Le Conseil des femmes francophones de Belgique représente de nombreuses associations féminines en Communauté française de Belgique et travaille notamment à une participation plus importante des femmes à la vie politique, à l'amélioration du statut des travailleuses, à la lutte contre les violences faites aux femmes et contre leur pauvreté. A titre d'exemple, le Conseil s'oppose au port du foulard dans les écoles, ainsi que de la burqa et du tchador en public, défend la mixité dans les écoles et l'obligation scolaire complète (pas d'exemption de certains cours tels que gymnastique ou biologie) mais aussi l'instauration d'une aide morale et logistique pour les jeunes filles mises en difficulté par ces mesures (déclaration de octobre 2004). Le dernier rapport de leur commission Enseignement (avril 2007) met en évidence le maintien d'une ségrégation sexuée à tous les niveaux des filières de l'enseignement et s'insurge contre l'affirmation que l'égalité existe.

Le Conseil soutient également la création d'une structure de type « cellule Femmes » au niveau du ministère fédéral de la Santé qui rencontrerait spécifiquement les problématiques de la santé des femmes et des différences entre les sexes en ce qui concerne un certain nombre de maladies somatiques, le domaine de la santé mentale, la problématique de la survie plus longue des femmes qui les expose à davantage de maladies chroniques et handicaps, la question de l'accès aux soins pour les femmes en liaison avec la féminisation de la pauvreté, l'attention portée essentiellement aux hommes en matière de recherche, l'amélioration des connaissances en matière de santé qui sont trop peu souvent ventilées par sexe.

présente de notables différences avec celle de l'homme, mal connues parce que la recherche se fait essentiellement sur des sujets masculins, exempts de cycle hormonal et de risque de grossesse et que les résultats sont extrapolés à la femme sans autre précautions que des recommandations quant au risque de prise... en cas de grossesse. Sur un autre plan, l'extension de la précarité touche plus fréquemment et plus durement les femmes, réduisant l'accès aux soins et aux conditions de vie saine. Cette dimension socio-économique ou environnementale est souvent négligée.

Le concept de sexospécificité de la santé est pourtant reconnu et tant l'Organisation mondiale de la santé que le Conseil de l'Europe recommandent d'en tenir compte dans l'établissement des politiques de santé nationales. Mais malgré plusieurs initiatives, la Belgique semble manquer d'empressement pour réduire les écarts de santé entre hommes et femmes.

La révision de la Constitution en 2002, dans son titre II, intègre cependant de manière explicite le principe de l'égalité des femmes et des hommes avec égal exercice de leurs droits et libertés. Cette disposition ouvre la voie à des actions en cas de discrimination et légitime la politique d'actions positives.

La loi du 16 décembre 2002, parue au Moniteur le 31 décembre 2002, porte création de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes avec mandat de garantir et promouvoir l'égalité et de combattre les discriminations et inégalités basées sur le sexe grâce à l'élaboration d'un cadre légal adapté, de structures, de stratégies, d'instruments et d'action appropriés. L'Institut a réalisé une charte en faveur de l'égalité des hommes et des femmes dont vous trouverez le texte ci-après.

La Loi du 6 mai 1996, visant au contrôle de l'application des résolutions de la Conférence de Pékin, avec remise d'un rapport annuel des responsables de l'Egalité des chances au Parlement a été abrogée par la loi du 12 janvier 2007 qui intègre de manière structurelle la dimension de genre dans l'ensemble des politiques définies au niveau fédéral. Ce texte fixe dans la loi le principe de *gender mainstreaming* (stratégie destinée à promouvoir l'égalité de genre) et prévoit :



Pour l'égalité des hommes et des femmes, les hommes s'engagent

L'égalité des femmes et des hommes a fait l'objet d'une attention soutenue de la part des pouvoirs publics, des médias, du secteur privé et du monde associatif depuis plusieurs décennies. Toutefois, il est encore trop souvent admis qu'il s'agit avant tout d'une cause de femmes et que la responsabilité du diagnostic, des réponses à apporter et de la mise en œuvre de solutions, repose essentiellement sur la part féminine de l'humanité.

Or, tout changement profond et durable de société exige la participation et l'engagement de l'ensemble du corps social. C'est donc un défi que les femmes et les hommes doivent relever conjointement.

Les enjeux de cette nécessaire transformation sont multiples :

- un enjeu démocratique car la place occupée par les femmes dans un pays témoigne de son niveau d'avancement sur le chemin de la démocratie ;
- un enjeu économique car l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes est tout à la fois facteur de dynamisme social et de croissance économique ;
- un enjeu sociétal car si les compétences sont de plus en plus partagées par les femmes et les hommes, le non partage par les hommes des tâches domestiques, de la prise en charge des personnes dépendantes et de l'éducation des enfants continue d'entraver la promotion des femmes dans la sphère publique ;
- un enjeu culturel au sens large car les femmes et les hommes ne sont que les deux visages d'une même humanité ;
- un enjeu pour l'humanité entière puisque, dans nombre d'Etats, et notamment dans les pays en voie de développement, les femmes sont une force de changement et de modernité.

Au nom du principe universel d'égalité entre les femmes et les hommes, les hommes signataires

de cette Charte ont choisi de s'engager activement en partenariat avec les femmes en vue de promouvoir :

1. L'égalité des femmes et des hommes en droits, en dignité et la pleine citoyenneté ;
2. La parité politique et sociale pour un meilleur partage des responsabilités privées, sociales, politiques, économiques et professionnelles entre les femmes et les hommes ;
3. L'égalité professionnelle pour une contribution renforcée des femmes au développement économique, pour une réduction des inégalités et l'élimination des discriminations sur le marché du travail ;
4. Une meilleure articulation des temps de vie pour un nouvel équilibre des rôles sociaux entre les femmes et les hommes, tant dans la sphère publique que dans la sphère privée ;
5. La solidarité européenne et internationale et l'action de la Belgique pour les droits fondamentaux des femmes et l'égalité entre les femmes et les hommes dans le monde.

Pour atteindre ces objectifs, ils s'engagent à mettre en œuvre une série de moyens :

1. Veiller, au jour le jour, tant dans leur vie publique (professionnelle, associative, sociale) que dans leur vie privée, à battre en brèche les habitudes, les idées reçues, les a priori et les stéréotypes qui freinent la réalisation concrète de l'égalité des genres ;
2. Dénoncer et lutter systématiquement contre les violences faites aux femmes ;
3. Sensibiliser l'ensemble des acteurs h/f avec lesquels ils sont en contact ;
4. Etablir des diagnostics sur la situation respective des femmes et des hommes dans tous leurs champs d'action ;
5. Intégrer des actions concrètes de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes dans leurs sphères d'action, accompagnées d'objectifs quantifiés de progression ;
6. Evaluer régulièrement les actions qu'ils mènent afin de faire progresser l'égalité entre les femmes et les hommes.

Ce texte est librement inspiré de « La charte de l'égalité – Pour l'égalité des femmes et des hommes, la France s'engage », document produit par le Gouvernement français en mars 2004. Pour adhérer à cette charte et vous engager en faveur de l'égalité des femmes et des hommes, merci de renvoyer cette charte signée par fax au 02/233.40.32.

Il est également possible de télécharger la charte sur le site web de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, à l'adresse <<http://www.igvm.fgov.be/ShowDoc.aspx?levelID=18&objectID=269&lang=fr>>, et de la renvoyer par mail à egalite.hommesfemmes@meta.fgov.be.

- l'évaluation de l'impact de « genre » des mesures prises par le Gouvernement ;
- le *genderbudgetting* (analyse de l'impact de la distribution des ressources sur l'égalité des femmes et des hommes, déjà prévu dans un projet pilote de 2002) ;
- le *gender mainstreaming* des statistiques ;
- la fixation d'objectifs ;
- l'amélioration du système de rapportage devant le Parlement.

La cellule *gender mainstreaming*, dispositif d'action concret en vue d'intégrer la dimension de genre dans l'ensemble des politiques du Gouvernement fédéral, est formée de membres de tous les départements ministériels assistés d'un équipe pluridisciplinaire universitaire.

En mars 2007, le Sénat a été saisi d'une proposition de résolution relative à la prise en compte de la dimension du genre en matière de santé, déposée par Nathalie de t'Serclaes, Clotilde Nyssens, Anne-Marie Lizin, Sabine de Bethune et Fauzaya Talhaoui. Il est demandé au Gouvernement de développer analyses, systèmes d'indicateurs et programmes de

recherche prenant en compte la sexospécificité de la santé, y compris dans ses déterminants socio-économiques et environnementaux. Proposition est faite de créer une cellule « Santé des femmes » au sein du service public fédéral Santé publique. Cette proposition est cependant critiquée. Mileen Koninckx, conseillère au Cabinet du ministre de l'Egalité des chances, y oppose l'option d'une politique transversale qui impose de peser, pour chaque décision, l'impact qu'elle aura sur chacun de deux sexes et d'éradiquer ainsi les réflexes discriminatoires. Ce à quoi d'autres objectent que lorsqu'une problématique est l'affaire de tous, elle tend à devenir l'affaire de personne, personne ne se sentant responsable. La question se pose aussi de savoir s'il faut axer les initiatives sur le sexe féminin ou s'il ne serait pas moins stigmatisant de prendre en compte le sexe au sens large.

Quoi qu'il en soit, en dépit de ces mécanismes et dispositifs, un déséquilibre persiste au détriment des femmes dans de nombreux domaines. Le chemin de l'égalité des femmes et des hommes demeure escarpé et les priorités définies à Pékin gardent leur pertinence. ●



Où trouver les textes ?

La Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne rédigée en 1791 peut être consultée sur <www.histoire-en-ligne.com>.

Lobby européen des femmes : <www.womenlobby.org>.

Conseil des femmes francophones de Belgique : <www.cffb.be>.

Déclaration de Beijing : <www.aidh.org/Femmes/pekin.htm>.

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, avec entre autres le texte de la charte pour l'égalité des femmes et des hommes : <www.iefh.fgov.be>.